Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

# Document d'information sur les femmes et le tabac (1987) et mise à jour (1990)

*Fumer, c'est fini!*

Canada

92-05455/

# DOCUMENT D'INFORMATION SUR LES FEMMES ET LE TABAC (1987) ET MISE À JOUR (1990)

**Préparé pour**

**LA DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA
ET LE
GROUPE NATIONAL DE TRAVAIL SUR LES FEMMES ET LE TABAC**

**par**

**LORRAINE GREAVES, M.A.**

Les vues exprimées dans ce document sont celles de l'auteure et ne représentent pas nécessairement la politique officielle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

***Document d'information sur les femmes et le tabac (1987) et mise à jour (1990)***

On peut obtenir des exemplaires de cette publication auprès de la
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Immeuble Jeanne Mance, 5e étage
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Also available in English under the title
*Background Paper on Women and Tobacco (1987) and Update (1990)*

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992
Cat. H39-216/1991F
ISBN 0-662-96757-7

# PRÉFACE

Le *Document d'information sur les femmes et le tabac* est paru pour la première fois en novembre 1987. Depuis le lancement de ce document dans le cadre du Colloque national sur la femme et le tabac en mars 1988, la sensibilisation aux problèmes complexes reliés au tabagisme chez les femmes s'est accrue considérablement. Le présent texte, qui représente la deuxième édition, reprend le contenu du Document d'information original, mais il inclut aussi une mise à jour faisant état des nouvelles tendances et des questions touchant les mesures à prendre pour lutter contre ce problème.

Lorraine Greaves
novembre 1990

# DOCUMENT D'INFORMATION SUR LES FEMMES ET LE TABAC

## Table des matières


Mise à jour (1990) . . . . . i

Sommaire . . . . . xiv

Priorités d'action . . . . . xvi

**CHAPITRE 1**

A. INTRODUCTION . . . . . 1

Inégalités de santé et inégalités des sexes . . . . . 1

B. PERSPECTIVES D'ACTION, 1 à 4 . . . . . 3

**CHAPITRE 2**

A. LES FEMMES ET LE TABAC : PORTRAIT STATISTIQUE . . . . . 5

Introduction . . . . . 5

Problèmes posés par les données disponibles . . . . . 5

Régimes de consommation de tabac chez les femmes . . . . . 6

B. PERSPECTIVES D'ACTION, 5 à 7 . . . . . 10

Sources de renseignements . . . . . 10

**CHAPITRE 3**

A. INITIATION DES FEMMES AU TABAGISME . . . . . 12

Cigarettes à faible teneur en nicotine . . . . . 12

Influence de la publicité . . . . . 12

Influence de la famille . . . . . 12

Pressions exercées par les pairs . . . . . 12

Image de soi et schéma corporel . . . . . 13

Processus d'interaction . . . . . 13

B. PRÉVENTION . . . . . 13
Programme scolaire . . . . . 13
Disponibilité . . . . . 14
Le milieu . . . . . 14
Inversion de la pression des pairs . . . . . 14

C. PERSPECTIVES D'ACTION, 8 à 11 . . . . . 15

**CHAPITRE 4**

A. CONSERVATION DE L'HABITUDE DE FUMER CHEZ LES FEMMES . . . . . 16
Influences psychologiques . . . . . 17
Usage du tabac comme exutoire . . . . . 17
Tristesse, moments difficiles de la vie et usage du tabac . . . . . 18
Influences sociales . . . . . 19
Classe, profession et tabagisme . . . . . 19
Les autochtones et le tabagisme . . . . . 20

B. PROGRAMMES D'ÉDUCATION À L'INTENTION DES FUMEURS . . . . . 21
Personnalisation des messages de santé . . . . . 22
Développement du sentiment de responsabilité sociale . . . . . 23
Intégration des messages . . . . . 23
Nouvelles méthodes de communication . . . . . 24
Diversification des sources de renseignements sur le tabagisme . . . . . 24

C. PERSPECTIVES D'ACTION, 12 à 17 . . . . . 25

**CHAPITRE 5**

A. RENONCEMENT DES FEMMES AU TABAC . . . . . 26
Sexe et renoncement au tabac . . . . . 26
Classe sociale et renoncement au tabac . . . . . 26
Préparation à l'abandon du tabac . . . . . 27
Tentatives répétées de renoncement au tabac . . . . . 27
Objectifs de comportement . . . . . 28
Renforcement des tentatives de renoncement . . . . . 30
Méthodes d'abandon . . . . . 30
Problèmes d'évaluation . . . . . 31
Quelque chose pour les femmes . . . . . 32
Des stimulants pour les femmes . . . . . 32
Un tabagisme «sain»? . . . . . 32
Meilleur soutien social . . . . . 33
Point de mire sur les femmes . . . . . 34

B. RENONCEMENT DES FEMMES AU TABAC : ÉDUCATION ET TRAITEMENT . . . . . 34
Programmes destinés aux femmes . . . . . 34
Accessibilité . . . . . 35
Des récompenses pour les femmes . . . . . 35
Renoncement sans culpabilité . . . . . 35
Intégration des efforts . . . . . 36
C. PERSPECTIVES D'ACTION, 18 à 23 . . . . . 36

**CHAPITRE 6**

A. DEUX GROUPES CIBLES DE RENONCEMENT AU TABAC . . . . . 37
B. LA FUMEUSE ENCEINTE . . . . . 37
C. LA FUMEUSE BATTUE . . . . . 39
D. PERSPECTIVES D'ACTION, 24 à 26 . . . . . 40

**CHAPITRE 7**

A. REPRISE DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES . . . . . 41
B. PERSPECTIVES D'ACTION, 27 . . . . . 42

**CHAPITRE 8**

A. RÉACTIONS ACTUELLES AU TABAGISME CHEZ LES FEMMES AU CANADA . . . . . 43
B. ORGANISMES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE . . . . . 43
C. PROGRAMMES DE RENONCEMENT AU TABAC RÉSERVÉS AUX FEMMES . . . . . 44
Smokefree . . . . . 44
L'Association pulmonaire du Manitoba . . . . . 45
D. LES MOUVEMENTS DE FEMMES ET LE TABAGISME . . . . . 46
E. LE MOUVEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES . . . . . 47
Financement . . . . . 48
Rapports des groupes avec les grands organismes de santé . . . . . 49
Points de vue sur les femmes et le tabagisme . . . . . 49
Conservation de l'habitude de fumer . . . . . 50
Statut socio-économique . . . . . 50
Stress . . . . . 51

Antécédents en matière de lutte anti-tabac . . . 51
Le tabagisme : problème prioritaire . . . 51
Le tabagisme : question de femmes . . . 52
Au Québec . . . 53

F. PERSPECTIVES D'ACTION, 28 à 34 . . . 54

**CHAPITRE 9**

A. POSSIBILITÉS D'ORIENTATION DES PROGRAMMES . . . 56

Plus que des messages de santé . . . 56
Discours . . . 56
Prévention . . . 56
Éducation publique . . . 57
Non-fumeurs contre fumeurs . . . 57
Programmes communautaires . . . 58
Renoncement au tabac . . . 59
Dossier sur les femmes et le tabac . . . 59
Groupes de renoncement au tabac en milieu de travail . . . 59
Affiches publicitaires visant des cibles précises . . . 59
Conclusion . . . 60

B. PERSPECTIVES D'ACTION, 35 à 38 . . . 61

BIBLIOGRAPHIE . . . 63

APPENDICE A : TABLEAUX STATISTIQUES DE A À L . . . 68

APPENDICE B : ORGANISMES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE, INFORMATEURS ET PERSONNES-RESSOURCES . . . 81

APPENDICE C : PROGRAMMES D'ABANDON DU TABAC RÉSERVÉS AUX FEMMES . . . 82

APPENDICE D : GROUPES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES FEMMES ET INFORMATRICES ANGLOPHONES . . . 83

APPENDICE E : GROUPES DE FEMMES, INFORMATRICES ET ORGANISMES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE AU QUÉBEC . . . 86

# *MISE À JOUR (1990) DU DOCUMENT D'INFORMATION SUR LES FEMMES ET LE TABAC*

Au cours des trois années qui ont suivi la parution, à la fin de 1987, du *Document d'information sur les femmes et le tabac*, la question du tabagisme chez les femmes a enfin commencé à recevoir, au Canada, l'attention qu'elle mérite depuis longtemps. En effet, on observe une meilleure compréhension des problèmes qu'éprouvent les femmes en général, les fumeuses et les personnes qui tentent de restreindre leur usage du tabac. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine, les initiatives visant à créer des ressources et à élaborer des programmes pour la prévention et l'abandon du tabagisme destinés aux femmes et aux jeunes filles se multiplient continuellement.

Parrainé par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le Colloque national sur la femme et le tabac, tenu en 1988 à l'occasion de la Journée internationale de la femme (8 mars), représente l'harmonisation des efforts déployés, au Canada, par le mouvement de la santé des femmes et le mouvement de lutte contre le tabagisme. Les actes du Colloque (1) illustrent les premières démarches visant à intégrer les buts des différents intéressés et à en arriver à une compréhension mutuelle, dans le but d'améliorer la santé des Canadiennes.

Les personnes qui oeuvrent dans le mouvement de la santé des femmes savent pertinemment que le tabagisme relève d'un problème de comportement auquel il est fondamental de s'attaquer et qui est, pour les fumeuses, un obstacle important à leur prise en charge. En outre, les participants au mouvement de lutte contre le tabagisme sont maintenant conscients du fait que ce problème est lié chez les femmes aux situations d'inégalité qu'elles connaissent et qu'il est impossible d'y apporter une solution efficace sans tenir compte de cette réalité.

Depuis le Colloque, la question du tabagisme chez les femmes continue de susciter un vif intérêt. Ainsi, le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé a publié le document *Se prendre en charge : Guide d'action sur les femmes et le tabac* (2), et le Service de santé de l'est de l'Ontario a organisé une conférence internationale sur les adolescentes et le tabac, intitulée «Roses or Ashes?» Pour sa part, Santé et Bien-être social Canada finance actuellement un projet ayant pour but la production d'une bande vidéo sur le tabagisme chez les adolescentes. En outre, des projets divers et innovateurs en matière de prévention et d'abandon du tabagisme ont vu le jour dans différentes régions.

À l'occasion de la septième Conférence mondiale sur le tabac et la santé (avril 1990), tenue à Perth en Australie, on a assisté à la naissance d'un réseau international de femmes dans le cadre du mouvement international de lutte contre le tabagisme. L'objectif de ce réseau est la création de liens entre les personnes, les groupes et les organismes qui s'intéressent au problème du tabagisme du point de vue du sexe, de l'appartenance de classe et du tiers monde. Il est en effet de plus en plus urgent de créer un mouvement mondial de lutte contre le tabagisme qui tienne compte du sexe des fumeurs et qui réserve une plus grande place aux femmes dans les conférences internationales.

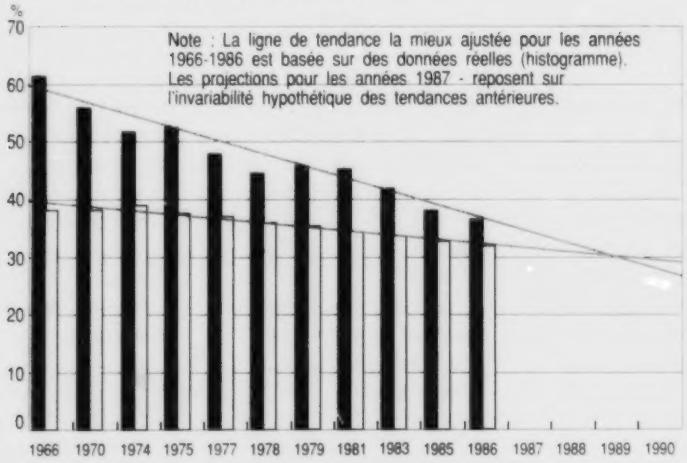
Malgré ces tendances positives, il semble que l'attitude des femmes et des jeunes filles canadiennes à l'égard du tabagisme ne s'améliore pas assez rapidement ou devient plus problématique que jamais au fur et à mesure que nous abordons les années 1990. Au Canada, ce problème est encore la principale cause de décès chez les femmes; en effet, plus de 15 000 femmes meurent chaque année de maladies liées au tabagisme (3). Il ne fait donc aucun doute que l'État et tous ceux qui luttent contre le tabagisme devront exercer une vigilance constante et faire preuve d'une plus grande créativité, si l'on veut venir à bout de cet important problème de santé chez les femmes.

### *Tendances du tabagisme*

#### **Taux de diminution inférieur parmi les femmes*

Dans l'ensemble, le tabagisme diminue au Canada. Toutefois, le faible taux de diminution de l'usage du tabac par les femmes au cours des deux dernières décennies comparativement, surtout, à un taux de diminution considérablement supérieur chez les hommes (voir figure 1) est une constatation significative et quelque peu troublante en ce qui concerne cette

Figure 1
Fumeurs actuels, 1966-1986 et projections, 1987-




habitude chez les femmes au Canada (et dans de nombreux autres pays développés).

Le pourcentage des fumeurs qui sont des femmes a progressivement augmenté au cours des deux dernières décennies. Constatation plus grave encore : au Canada, la prévalence du tabagisme chez les femmes n'a montré aucun signe de diminution au cours des trois dernières années, se maintenant à environ 30 % (4).

Ce taux de diminution inférieur a suscité parmi les éducateurs, les chercheurs et les autres personnes eouvrant dans le domaine de la santé de nombreuses préoccupations; ils ont ainsi été amenés à se concentrer davantage sur le lien entre les différents aspects du vécu des femmes et leur attitude à l'égard du tabagisme, dans le but éventuel de mieux comprendre cette réalité. Cet intérêt accru a donné lieu à la création de ressources et à l'élaboration de programmes destinés expressément aux femmes, ainsi qu'à des initiatives de recherche sur le tabagisme qui tiennent davantage compte du sexe des fumeurs.

### **Taux de tabagisme chez les jeunes femmes supérieur à celui qui est observé chez les jeunes hommes*

À ce taux de diminution du tabagisme inférieur relevé chez l'ensemble des fumeuses s'ajoutent les taux de tabagisme des adolescentes et des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) qui sont supérieurs à ceux des jeunes fumeurs de sexe masculin. Il s'agit, au Canada, d'une première inquiétante, qui mérite qu'on y porte sans tarder toute notre attention (en 1989, environ 31 % des femmes âgées de 15 à 24 ans s'adonnaient quotidiennement au tabagisme, comparativement à 30 % chez les jeunes hommes (4)).

Actuellement, près de 38 % des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans fument. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui des hommes du même âge, et il excède celui des hommes et des femmes de n'importe quel groupe d'âge au Canada (4).

### **Augmentation des taux de tabagisme parmi les femmes âgées*

Si les jeunes femmes d'aujourd'hui continuent à fumer, on notera au cours des prochaines décennies, chez les femmes des groupes d'âge supérieurs, des taux de tabagisme plus élevés que ceux des hommes des mêmes groupes d'âge. Les taux de tabagisme chez les femmes âgées de 35 ans et plus augmentent déjà, au fur et à mesure que les jeunes fumeuses vieillissent. Par exemple, au cours des 3 dernières années, les taux de tabagisme chez les femmes âgées de 55 à 64 ans sont passés de 25 % à 29 % (4).

Toutes ces tendances donneront lieu, chez de plus en plus de Canadiennes, à certains effets différés du tabagisme sur la santé et à des taux accrus de mortalité reliés à cette pratique. Au Canada, sans une intervention immédiate et efficace, on assistera à une augmentation des dépenses de la santé ainsi que des coûts sociaux liés au tabagisme chez les femmes.

### *Comment expliquer ces tendances?*

Pourquoi ces tendances chez les jeunes filles et les femmes en matière d'usage du tabac persistent-elles? Pourquoi, au Canada, les taux de tabagisme chez les jeunes femmes et les adolescentes sont-ils supérieurs à ceux qui sont enregistrés chez les jeunes hommes appartenant aux mêmes groupes d'âge? Ces tendances déconcertent bon nombre de personnes qui oeuvrent dans le mouvement de lutte contre le tabagisme et qui, depuis 20 ans, travaillent avec détermination à l'éducation et à la prévention dans ce domaine.

La recherche d'une réponse à ce problème a fait surgir plusieurs questions, dont les suivantes : Les efforts ayant pour but la prévention et l'abandon du tabagisme ont-ils été moins efficaces auprès des femmes qu'ils ne l'ont été auprès des hommes? Y a-t-il des aspects de l'expérience propre aux fumeuses ou aux fumeuses potentielles que l'on n'a pas encore pleinement saisis? L'expérience de la maturation chez les jeunes filles pourrait-elle être un facteur qui les pousse à s'initier au tabagisme et à persévérer dans cette habitude, ou est-ce tout simplement que les campagnes de publicité et de commercialisation du tabac qui visent les femmes ont été particulièrement efficaces?

Les initiatives de recherche et de prévention ainsi que les programmes de renoncement au tabac reposent dans bien des cas sur une approche «générique» du tabagisme (ce qui signifie, comme dans la plupart des domaines, une approche orientée vers les hommes ou ne visant pas un sexe en particulier). Ce n'est que tout récemment et avec l'importance grandissante du mouvement pour la santé des femmes au Canada que les programmes de recherche, de prévention et de traitement du tabagisme ont commencé à tenir de plus en plus compte du sexe des fumeurs. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour comprendre les raisons qui poussent les jeunes filles et les femmes à s'initier au tabagisme et à continuer à fumer, ce que représente le tabagisme pour les jeunes filles et les femmes (5), et pour trouver la meilleure façon de modifier ces comportements, certains efforts ont été entrepris au Canada dans ce sens.

On ne trouve dans la documentation sur la psychologie des adolescents (6) pratiquement rien en ce qui a trait au phénomène de l'identité chez les jeunes filles. Par conséquent, nos connaissances sont très limitées quant aux principaux problèmes que les jeunes filles des années 1990 éprouvent au cours de leur développement psychologique. Pourtant, il est reconnu que l'estime de soi, la sexualité, l'image corporelle, les aspirations et les attentes professionnelles sont des éléments clés dans la compréhension de la formation de l'identité chez les jeunes filles.

Il nous reste encore à approfondir les liens entre ces éléments et l'initiation au tabagisme et les comportements qui y sont reliés. Une question demeure sans réponse : comment les jeunes filles concilient-elles leurs attentes face à l'égalité sociale et la situation réelle des femmes dont elles sont témoins? En raison de l'importance accrue de leurs attentes, il est possible que les jeunes filles et les jeunes femmes des années 1990 ressentent encore davantage de frustration en ce qui a trait aux questions telles que la double charge de travail des femmes, le manque d'équité salariale et la rareté des services de garde.

### *Dépenses de santé*

Au Canada, environ 15 000 femmes meurent chaque année des suites de problèmes liés au tabagisme, ce qui signifie que toutes les 35 minutes une femme meurt à cause du tabagisme et que ces décès auraient pu être évités. Au cours des dernières années, la documentation sur les conséquences du tabagisme pour la santé des femmes s'est considérablement accrue. On ne peut plus prétendre pouvoir appliquer aux femmes les conclusions qui se rapportent aux hommes, ni présumer que les programmes «génériques» de prévention et d'abandon permettront en soi de lutter contre le tabagisme chez les femmes.

Il se pourrait bien, toutefois, que nous ne comprenions pas encore l'ampleur des effets du tabagisme sur le corps et la santé des femmes. Par exemple, des recherches ont récemment démontré le lien qui existe entre le tabagisme et le cancer du col utérin (7). Certains tests ont révélé la présence de nicotine, un des ingrédients actifs de la cigarette, dans les cellules du col utérin de fumeuses (8), et le cancer du col utérin figure maintenant parmi les maladies liées au tabagisme.

Ce type de cancer s'ajoute aux maladies coronariennes et aux accidents cérébrovasculaires, qui sont les maladies les plus fréquemment liées au tabagisme, au cancer du poumon et aux autres maladies respiratoires.

D'autres effets du tabagisme ne touchent que les femmes, par exemple un certain nombre de maladies et d'affections liées à l'appareil reproducteur, dont les troubles menstruels, la ménopause prématurée, l'ostéoporose ainsi que certains risques pour la grossesse et la santé du foetus (9).

### *Tendances et questions générales*

Dans l'ensemble, l'ampleur du tabagisme s'accroît plus rapidement que la population mondiale (10). Toutefois, l'augmentation du taux de tabagisme chez les femmes et la supériorité du taux de tabagisme chez les jeunes filles par rapport à celui des jeunes garçons ne s'appliquent pas encore à tous les pays. Le taux accru de tabagisme chez les jeunes femmes semble, bien qu'il n'existe aucune constante dans ce domaine, être un phénomène présent dans de nombreux pays développés et industrialisés (voir figure 2) (11). Par ailleurs, dans de nombreux pays moins industrialisés, on note un taux inférieur de tabagisme chez les femmes, alors que le tabagisme chez les hommes représente un problème de plus en plus important.

■ Figure 2
Pays où le nombre de jeunes fumeuses est supérieur à celui des jeunes fumeurs

| | Jeunes filles % | Jeunes garçons % | Âge |
|---|---|---|---|
| Chili (1979) | 59 | 57 | 15–20 |
| Nouvelle-Zélande (1985) | 45 | 27 | 15 |
| France (1984) | 42 | 37 | 12–18 |
| République fédérale d'Allemagne (1984) | 31 | 24 | 14–19 |
| U.S.A. (1987) | 31 | 27 | 15–18 |
| Australie (1987) | 30 | 27 | 16 |
| Pays de Galles (1988) | 24 | 16 | 15–16 |
| Écosse (1986) | 26 | 24 | 15 |
| Danemark (1987) | 25 | 22 | 15–19 |
| Islande (1986) | 24 | 20 | 15–16 |
| Norvège (1986) | 24 | 20 | 15 |
| Angleterre et Pays de Galles (1988) | 22 | 17 | 15 |
| Canada (1986) | 21 | 21 | 15–19 |
| Autriche (1986) | 20 | 18 | 15 |
| Suède (1986) | 17 | 14 | 15 |
| Suisse (1986) | 15 | 13 | 15 |

On constate en général que la popularité du tabagisme est en train de se déplacer des pays développés vers les pays en développement. Dans les pays développés, l'amélioration de l'éducation sanitaire, l'intervention de l'État, les interdictions appliquées à la publicité et l'augmentation des taxes contribuent à réduire l'usage du tabac.

Par ailleurs, le tabagisme prend de l'ampleur dans certains pays en voie de développement où l'éducation sanitaire et les règlements gouvernementaux sont soit inexistants ou insuffisants. Cette tendance est entretenue à dessein par les entreprises multinationales de tabac qui visent ces marchés pour compenser l'affaiblissement de ceux des pays développés. Ainsi, on a mis au point des offensives publicitaires qui ciblent différents secteurs de la population, dont les jeunes filles et les femmes.

Parmi les problèmes qui découlent du transfert de la commercialisation et de la production du tabac aux pays du tiers monde, mentionnons la question de la pauvreté et de l'alimentation, et celles de l'environnement et de l'exploitation de divers groupes en fonction de la classe, du sexe ou de la race auxquels ils appartiennent. L'économie locale est maintenant déséquilibrée dans les pays où les entreprises multinationales de tabac ont instauré la culture du tabac ou la fabrication des cigarettes.

Dans certains cas, ce phénomène aboutit à la disparition de la culture locale de divers aliments, ce qui nécessite l'importation de denrées que seuls les plus fortunés peuvent désormais se procurer. Le besoin d'argent croît avec l'accoutumance au tabac, et des familles doivent parfois consacrer à l'achat de cigarettes une part du budget auparavant réservée à l'alimentation. Même dans les pays où l'usage du tabac n'est populaire que parmi les hommes, les femmes et les enfants en sont les victimes immédiates en raison d'une perte de ressources.

La fabrication de cigarettes requiert également la consommation de ressources telles que la terre, les arbres et l'espace. Ainsi, on estime que le procédé de séchage à air chaud utilisé par les entreprises nécessite la combustion d'un arbre entier pour la production de 300 cigarettes (12). La dévastation des forêts qui s'ensuit et certaines autres préoccupations, telles que l'usage des pesticides dans la culture du

tabac, les effets de la fumée secondaire et la pollution intérieure, ont amené les écologistes à s'intéresser davantage à la lutte contre le tabagisme.

Les personnes qui oeuvrent dans le domaine du développement international se préoccupent aussi, en l'absence d'une information bien diffusée et de soins de santé accessibles, de l'accoutumance à la cigarette parmi des populations on ne peut plus vulnérables à la commercialisation et à la promotion du tabac. Dans les populations nouvellement initiées au tabagisme, les maladies liées au tabagisme qui commencent à apparaître ne font qu'ajouter un fardeau de plus aux efforts déployés pour mettre sur pied des services sanitaires. Dans les pays où l'on tâche non sans peine de fournir aux femmes et aux enfants les services sanitaires de base, la recherche de solutions aux problèmes liés au tabagisme représente un fardeau inutile. Bon nombre se tournent vers des pays comme le Canada pour obtenir des conseils qui leur permettront de s'attaquer aux problèmes qu'éprouvent les enfants et les femmes en raison du tabagisme.

### *Tendances et questions au canada*

Dans un pays développé comme le Canada, la popularité du tabagisme a diminué au sein des couches favorisées, se répandant plutôt dans les couches défavorisées de la population. Les conséquences pécuniaires et sanitaires du tabagisme sont différentes pour ces groupes et peut-être plus graves qu'elles ne le sont pour les Canadiens favorisés. En effet, les groupes défavorisés, qu'il s'agisse de personnes à faible revenu ou de minorités désavantagées, ont accès à moins de ressources soit pour «financer» leur accoutumance ou pour la combattre.

Les Canadiens à faible revenu peuvent difficilement faire face aux dépenses qu'entraîne le tabagisme. Au prix actuel des cigarettes, une personne qui fume un paquet par jour doit consacrer environ 2 000 $ par année au tabagisme. Au Canada, bien qu'il soit difficile d'établir de façon officielle le seuil de la pauvreté, le revenu annuel nécessaire pour subvenir aux besoins d'une personne seule vivant en milieu rural se situe à environ 9 500 $, et celui d'une personne vivant dans une grande ville à 14 000 $ (13). Il s'ensuit que de 14 % à 20 % du revenu annuel de ces personnes est consacré à l'achat de cigarettes. L'analyse des dépenses consacrées au tabagisme par les Britanniques à faible revenu montre, en se basant sur des statistiques de 1986, qu'environ 9 % du revenu familial est consacré à l'achat de cigarettes (14).

Il nous reste à éclaircir dans quelle mesure cette tendance a des répercussions sur les autres éléments du budget familial des Canadiens. Les recherches effectuées en Grande-Bretagne auprès de personnes à faible revenu indiquent que l'alimentation est l'élément le plus élastique du budget familial. En outre, d'aucuns finissent par considérer l'achat de cigarettes comme essentiel et ajoutent cette dépense aux coûts fixes au même titre que le chauffage et le logement (14).

Plus grave encore est la dépendance qu'avaient les fumeuses britanniques à faible revenu à l'égard de l'achat de cigarettes. En effet, il s'agit pour ces femmes de l'une des seules dépenses faites uniquement pour leur propre plaisir, et les cigarettes constituent un des rares objets de luxe qu'elles puissent se procurer. Au Canada, une étude exhaustive pourrait révéler l'existence d'attitudes semblables chez les fumeuses à faible revenu. Comme dans les pays en voie de développement, il se pourrait que l'argent nécessaire à l'achat de cigarettes soit pris à même le budget alimentaire.

On ne sait pas dans quelle mesure les choix de dépenses des fumeuses diffèrent de ceux des fumeurs. Au Canada, les hommes ont généralement un revenu supérieur à celui des femmes et peuvent jouir d'un plus grand pouvoir de décision quant au budget familial. Il se pourrait que le contrôle qu'exercent les femmes sur les dépenses destinées à l'alimentation leur permette de se servir plus facilement à même cette partie du budget pour acheter leurs cigarettes. Il est donc fort possible que certaines déficiences nutritionnelles ainsi que les maladies qui y sont liées s'ajoutent aux coûts que représente le tabagisme pour la santé des femmes et celle de leur famille.

Au Canada, le coût élevé des cigarettes par suite de l'augmentation des taxes rend de plus en plus difficile ce type d'achat, notamment pour les femmes à faible revenu. Dans un tel contexte, il devient nécessaire de se pencher sur les liens qui existent entre le tabagisme, les taxes et le recours accru aux banques d'alimentation par les femmes et les enfants.

Le fait que les fabricants de cigarettes continuent de commanditer les compétitions sportives et les activités culturelles représente un autre sujet de préoccupations

pour les Canadiens et les Canadiennes. Précisons que ce domaine n'est pas visé par la *Loi réglementant les produits du tabac*, adoptée par le gouvernement fédéral en 1988 (15). Ainsi, les entreprises peuvent utiliser leur raison sociale, mais non la marque des cigarettes qu'ils fabriquent, au cours d'activités telles que les compétitions équestres, les tournois féminins de tennis et de golf, les courses automobiles et le ballet, etc., activités qu'elles continuent de commanditer.

Au Canada, en dépit des lois interdisant la publicité sur le tabac dans les magazines, les entreprises parviennent toujours à promouvoir la cigarette, en utilisant le cinéma et les annonces de mode. Ainsi, dans la publicité, on montre des mannequins à l'allure sophistiquée et empreinte d'attrait sexuel, en train de fumer une cigarette (16). Les entreprises de tabac paient maintenant pour que des comédiens et des comédiennes fument, dans des films, des cigarettes qui portent leur marque de commerce (17). En outre, on permet encore l'entrée au Canada de magazines étrangers, notamment les magazines féminins en provenance des États-Unis, qui comportent de la publicité sur le tabac susceptible d'influencer profondément les femmes et les jeunes filles.

### *Changement de perspective*

Dans l'ensemble, on tente d'élargir l'approche du problème que constitute la cigarette afin d'ajouter au point de vue exclusivement médical et sanitaire une perspective sociopolitique. Par conséquent, le tabagisme est devenu une préoccupation que partagent de plus en plus de militants, de professionnels et d'organismes qui oeuvrent non seulement à l'amélioration de la santé mais aussi à celle des conditions socio-économiques et des moyens dont disposent la communauté et les personnes pour se prendre en charge, ainsi qu'à la réduction générale des inégalités en matière de santé. Il faut donc chercher à mieux harmoniser les réformes entreprises dans le domaine de la santé et celles des services sociaux si l'on désire s'attaquer aux tendances récentes en matière de tabagisme.

Cette approche est conforme au message contenu dans le document de Santé et Bien-être social Canada intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, qui a été approuvé en 1986 par Jake Epp, ancien ministre de la Santé (18), et à l'initiative entreprise par l'Organisation mondiale de la santé dans le but d'atteindre «la santé pour tous» d'ici l'an 2000.

La Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLCT) mise en oeuvre en 1985 englobe tous les aspects de ce problème (soit les aspects sanitaire, politique, social, économique et scientifique). Se fondant sur le principe selon lequel le résultat des efforts dépendra de la participation complémentaire de tous les organismes concernés aux activités dans ce domaine, cette stratégie a permis de rassembler les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que huit organismes de santé nationaux.

Le *Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada* (PNLCTC) représente l'une des premières tentatives permettant de s'attaquer au problème dans toute son ampleur et toute sa complexité. Cet important document fournit un cadre de travail, c'est-à-dire des buts, des objectifs quantifiables ainsi que des orientations stratégiques destinés à faciliter la coordination de la planification et l'élaboration de programmes. Au cours des cinq années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la Stratégie, de grands projets ont été lancés, à la suite desquels le public s'est montré de plus en plus, et très manifestement, intéressé au problème du tabagisme.

Chaque année, le Comité directeur du PNLCTC établit des priorités d'action qui reflètent les préoccupations des organisations membres. Ainsi, les priorités actuelles concernent, entre autres, l'adoption de mesures législatives visant à restreindre l'accès des mineurs aux produits du tabac. De plus, on entend mettre sur pied des programmes de renoncement plus nombreux et plus accessibles à l'intention des adolescents, ainsi que des programmes de prévention destinés expressément aux jeunes femmes.

Au cours de sa brève histoire, la Stratégie a démontré que le moyen le plus prometteur de freiner l'usage du tabac est l'adoption de politiques sur le tabagisme qui permettent la coordination de diverses mesures personnelles et collectives, à l'échelle de la communauté, des régions et de tout le pays. Les changements d'envergure et à long terme que nécessite la solution de ce problème ne pourront voir le jour que par la collaboration de tous et par la coordination des efforts globaux déployés dans ce domaine, soit le type d'efforts que la Stratégie tente de susciter.

On peut affirmer à juste titre que le Canada figure parmi les pays les plus dynamiques dans la lutte antitabac. En effet, non seulement le gouvernement a-t-il adopté des lois visant à combattre le tabagisme et régissant la publicité et la promotion du tabac (la *Loi réglementant les produits du tabac* et la *Loi sur la santé des non-fumeurs*), mais il déploie également des efforts pour collaborer avec les groupes communautaires et culturels et avec les groupes de femmes afin d'aborder la lutte contre le tabagisme en tenant compte de l'ensemble du contexte social.

Bien sûr, l'adoption de lois et de politiques est nécessaire si l'on veut mettre un frein à l'usage du tabac mais il est, par ailleurs, essentiel que les programmes dans ce domaine tiennent davantage compte de la situation difficile que vivent les fumeurs pris individuellement. Prenons l'exemple de l'augmentation des taxes : bien que cette mesure permette dans l'ensemble de réduire de façon efficace la consommation et que, de ce fait, elle favorise la santé des femmes, il s'agit, sur le plan individuel, d'une mesure régressive et punitive pour bon nombre de fumeuses qui, au départ, sont des femmes à faible revenu. On ne pourra atténuer cet aspect régressif et, partant, assouplir les stratégies globales qu'en s'engageant davantage à fournir des services d'aide au renoncement au tabac et en garantissant les fonds requis.

### *Initiatives canadiennes*

Au Canada, on a mis sur pied un certain nombre d'initiatives en vue d'élaborer des programmes de prévention et de renoncement au tabac destinés aux jeunes filles et aux femmes. Cette tendance à la spécialisation des programmes antitabac vise à fournir aux femmes et aux jeunes filles des ressources plus pertinentes et efficaces, et à leur procurer des expériences plus significatives pour elles. On assistera, désormais et vraisemblablement, à une spécialisation accrue dans l'élaboration des programmes, de manière à fournir du matériel plus pertinent aux femmes et aux jeunes filles appartenant à des groupes de plus en plus divers, que ces groupes soient fondés sur la race, l'ethnie, le niveau d'instruction, la langue, le lieu d'habitation, l'âge, la présence ou non de handicaps ou l'orientation sexuelle.

Compte tenu des tendances et des modèles statistiques liés à l'usage du tabac chez les femmes, des aspects physiologiques et sociopsychologiques du tabagisme selon le sexe des fumeurs, des inégalités propres à la situation des femmes et des efforts faits par les entreprises de tabac pour atteindre les femmes dans leurs campagnes de publicité, il est nécessaire et même capital d'élaborer, en retour, des programmes de prévention et de renoncement destinés expressément aux femmes. En vérité, si les entreprises ont, avec succès, ciblé les femmes dans leurs campagnes pro-tabac, les initiatives visant la prévention et le renoncement devraient s'inspirer de la même approche (20).

Au Canada, il y a trois ans, les programmes et les études d'évaluation qui tenaient compte du sexe des fumeurs étaient très peu répandus. Depuis, les efforts visant à réduire l'usage du tabac chez les jeunes filles et les femmes ont proliféré. Bien qu'il soit encore trop tôt pour en faire l'évaluation complète, trois initiatives financées par Santé et Bien-être social Canada (à Saskatoon, à Regina et à Winnipeg) proposent des idées intéressantes pour l'élaboration éventuelle de programmes dans l'ensemble des régions. En outre, les programmes déjà en cours au Québec, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard viennent alimenter cette source d'idées pour l'élaboration de programmes innovateurs destinés aux jeunes filles et aux femmes.

1) ***Take Control***, Services de santé communautaire de Saskatoon (Saskatchewan)

   D'une durée de 16 semaines, *Take Control* est un programme de groupe destiné aux fumeuses. Il est axé sur une compréhension holistique de la prise en charge par les femmes de leur santé et de leur vie et il permet de mieux comprendre les comportements à l'égard du tabagisme. Les participantes constituent un groupe hétérogène de femmes qui se sont réunies à la suite d'annonces parues dans les journaux de Saskatoon. On suit en même temps un groupe témoin de fumeuses, et on a entrepris l'évaluation d'un programme qui a été révisé compte tenu de cette approche. Le matériel comprend un manuel du participant, un guide pour les animateurs et un répertoire des ressources.

2) ***The Pregnant Women and Tobacco Smoking Cessation/Reduction Project***, Balfour Tutorial Program et le General Hospital de Regina (Saskatchewan)

Ce programme doit permettre l'élaboration d'un type d'intervention approprié à des fumeuses adolescentes enceintes et majoritairement autochtones. On a, dans une large mesure, laissé aux jeunes femmes enceintes et aux nouvelles mères elles-mêmes le soin de définir le type d'intervention qui s'impose. Les participantes ont mis au point les outils suivants : une bande vidéo sur les soins prénatals (*The Best For Baby and You*) réalisée avec l'aide des étudiants du *Saskatchewan Indian Federated College*; un groupe d'entraide dont les rencontres hebdomadaires ont pour but l'abandon du tabagisme chez les adolescentes enceintes et un projet de «maisons sans fumée». On procède actuellement à l'évaluation de la bande vidéo, qui a été reproduite et distribuée dans 20 réserves de la Saskatchewan.

3) ***Catching Our Breath***, un journal sur le changement d'attitude destiné aux fumeuses, Clinique de santé des femmes, Winnipeg (Manitoba)

Journal de 136 pages à reliure spirale, *Catching Our Breath* peut être utilisé par les femmes de façon individuelle ou par des groupes d'entraide ou encore par des groupes encadrés par un animateur. Il permet aux femmes de lire et d'écrire sur des sujets tels que l'amélioration de leur santé, la relaxation et la croissance personnelle, avant de s'attaquer aux problèmes de l'abandon et des rechutes. Ce journal est accompagné d'un guide pour les animateurs. Il a pour but d'aider les femmes dans leurs démarches visant à améliorer leur santé, et on y insiste sur l'examen des facteurs sociaux et politiques susceptibles d'encourager le tabagisme chez les femmes.

4) ***Oui, j'arrête***, programme de renoncement au tabac destiné aux femmes analphabètes, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal (Québec)

À Montréal, on travaille actuellement à l'élaboration d'un programme d'abandon destiné aux femmes analphabètes, intitulé *Oui, j'arrête*. À ce jour, les documents utilisés dans le cadre de ce programme ne sont offerts qu'en français, mais ils seront traduits dès que les fonds le permettront. Ces documents visuels fournissent de l'aide et des conseils dans le but de modifier l'attitude des femmes quant au tabagisme, en recourant à un système d'autorécompense. Le matériel et les discussions de groupe permettent aux fumeuses de comprendre leur propre attitude à l'égard du tabagisme. Bien que le taux de renoncement soit faible et que le pourcentage de «décrocheuses» soit élevé, les responsables du programme poursuivent la révision et la mise au point du matériel. Cette initiative est financée par Santé et Bien-être social Canada (subvention de recherche) et le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal.

5) ***Projet Vogue***, Services de santé de l'est de l'Ontario, Cornwall (Ontario)

Le projet *Vogue* est un programme de prévention et d'abandon destiné aux adolescentes et utilisé dans le cadre des cours d'éducation physique. Ce sont les professeurs d'éducation physique qui dispensent aux jeunes filles les cours axés sur la prévention, tandis que l'aspect abandon fait partie de huit rencontres de groupe encadrées par un animateur et destinées aux jeunes filles qui désirent renoncer au tabac. Environ la moitié des 19 écoles secondaires réparties dans les 5 comtés de l'est de l'Ontario visés par le programme se sont portées volontaires, et deux d'entre elles ont servi d'école témoin. En 1990-1991, les res- ponsables remettront en oeuvre et évalueront ce programme afin d'y apporter les modifications nécessaires et d'en établir l'utilité. Le projet *Vogue* a été financé par le ministère de la Santé de l'Ontario et par la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada.

6) ***Lib-Air-Té***, Services de santé de l'est de l'Ontario, Hawkesbury (Ontario)

*Lib-Air-Té* est un programme de traitement du tabagisme assisté par ordinateur (TTAO) et destiné aux femmes. Il fait appel au système Life Sign et comporte des séances de groupe. Le recrutement s'est fait principalement dans les lieux de travail, à l'aide d'annonces. Les participantes ont dû débourser une petite somme pour avoir accès à l'appareil. Parmi les 97 femmes inscrites au

programme, bon nombre ont réduit leur consommation et 32 % avaient complètement arrêté de fumer à la fin du programme. À la visite de contrôle qui a eu lieu après le neuvième mois, 23 % des femmes n'avaient pas recommencé à fumer. Un grand nombre de participantes avaient moins de 40 ans et étaient francophones. On a constaté que les taux d'abandon étaient plus élevés parmi les participantes issues des couches socio-économiques supérieures. *Lib-Air-Té* a été financé par Santé et Bien-être social Canada.

7) ***Smoking Cessation Project***, Algoma Interagency on Smoking and Health, Sault-Ste-Marie (Ontario)

Ce programme multimédia comprend quatre composantes dont certaines sont destinées expressément aux femmes et aux jeunes filles de 13 à 40 ans. Parmi les activités figurent la production et la diffusion d'une affiche et de dépliants sur les femmes et le tabac, la distribution dans les cabinets de médecins de «blocs à ordonnance» dont chaque feuille contient une liste de toutes les ressources antitabac existant actuellement, ainsi que l'organisation d'une campagne d'autocollants à poser dans les magasins afin de décourager la vente aux enfants de produits du tabac. Les responsables travaillent présentement à l'élaboration de la quatrième phase du programme, qui sera destinée expres- sément aux jeunes filles et aux femmes de 13 à 25 ans. Ce programme a été financé par le ministère de la Santé de l'Ontario et sera évalué en 1991.

8) ***The Women and Smoking Self-Help Group***, Self-Help Clearinghouse de la région métropolitaine de Toronto (Ontario)

Financé par Santé et Bien-être social Canada, ce programme cherchait à faciliter la création de groupes d'entraide pour les fumeuses et les anciennes fumeuses et à leur fournir des techniques d'entraide. Bien que plus de 110 personnes aient téléphoné en réponse à de la publicité (courrier, prospectus, médias) et à de l'information transmise par les groupes d'action communautaire, seulement 15 femmes ont, de fait, participé aux groupes d'entraide. Précisons que les groupes qui ont vu le jour étaient, par suite d'un choix des participantes, non structurés et que les rencontres se sont déroulées sans l'aide d'animateurs. Or, il se peut que l'évolution de ces groupes ait été influencée par le fait qu'ils résultaient d'une initiative du centre d'information et non pas d'une démarche venant des fumeuses elles-mêmes. Toutefois, ce programme a permis de démontrer le besoin généralisé de groupes pour venir en aide aux fumeurs et ce, même dans les cas où l'abandon du tabagisme n'est pas nécessairement un objectif.

9) ***Born Free***, Services de santé et services sociaux, Division des soins infirmiers, Île-du-Prince-Édouard

Basé sur le programme de l'Association pulmonaire intitulé «Smoke Free for You and Your Baby», ce programme permet de constater, dès son premier examen médical, si une femme enceinte fume et de lui offrir des services pour l'aider à abandonner le tabagisme, dont les services d'un médecin et d'une infirmière de santé publique. Les femmes qui s'inscrivent au programme ont droit, moyennant une petite somme, à un manuel, au visionnement d'une bande vidéo et à des visites à domicile de la part d'une infirmière de santé publique. Bon nombre de participantes diminuent leur consommation de tabac tandis qu'environ 25 % d'entre elles abandonnent complètement. On élabore actuellement le suivi à plus long terme de ce programme, qui est financé à même le budget de la Division des soins infirmiers.

10) ***Nurses and Smoking Project***, Conseil du tabagisme et de la santé, Île-du-Prince-Édouard

Ce programme à volets multiples comportait une recherche sur le tabagisme auprès des infirmières de l'Île-du-Prince-Édouard. On entendait également mettre au point du matériel sur le tabagisme pour compléter le programme d'études des écoles d'infirmières et encourager les étudiantes en soins infirmiers et les infirmières oeuvrant en milieu hospitalier à renoncer au tabac. Un des objectifs importants du programme était de réduire le pourcentage d'étudiantes qui s'initient au tabagisme au cours de leurs études. On procédera, en 1991, à l'évaluation du matériel ajouté au programme des écoles d'infirmières. La trousse d'abandon produite dans le cadre de ce programme a donné lieu à 23 % de cas d'abandon du tabac parmi les infirmières oeuvrant en milieu hospitalier. On a utilisé, pour la recherche, le questionnaire qui a servi à l'enquête nationale sur

le tabagisme chez les infirmières, menée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Nurses and Smoking Project* a été financé par la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada.

11) ***Community Smoking Cessation Programme For Low Income Women***, le Centre de ressources communautaires du sud-est d'Ottawa, le Centre de santé communautaire de South Riverdale (Toronto) et le Centre de santé communautaire de North Kingston

Ce programme est le fruit d'un effort collectif. Il comporte deux séries de cours de six séances chacune; les six premières séances ont été conçues pour aider les fumeuses à faible revenu à acquérir la motivation et la confiance nécessaires à l'abandon du tabagisme, tandis que la seconde phase est distinée aux femmes qui ont décidé de renoncer au tabac. Cette dernière comprend de l'information sur les techniques et de l'aide dispensée, sous forme de compagnonnage ou de groupes de soutien. Les cours sont gratuits et le programme prévoit le remboursement des frais de garde et de transport des participantes, améliorant ainsi l'accessibilité aux activités. On procédera, une fois les projets pilotes terminés, à l'évaluation générale des rencontres de groupe.

Santé et Bien-être social Canada a également entrepris la réalisation d'une bande vidéo sur le tabagisme chez les jeunes filles. Cette initiative est conforme à certaines propositions contenues dans le *Document d'information sur les femmes et le tabac* et dans *Smoke Screens*, un rapport paru en 1988 qui recommande l'adoption d'une approche audio-visuelle globale du tabagisme chez les femmes (21). La bande vidéo sera prête en 1991; on y mettra l'accent sur l'expérience et les choix des jeunes filles en ce qui a trait au tabagisme. On envisage, en outre, la production de ressources semblables pour les femmes.

### *Actions globales*

Bien que l'Organisation mondiale de la santé estime que seulement 5 % des femmes fument dans les pays en voie de développement, certains faits montrent que l'envergure du tabagisme observée dans les pays développés pourrait vraisemblablement se généraliser (22). Dans tous les pays, on trouve actuellement une publicité sexiste, raciste et destinée à certaines classes, qui a pour but d'attirer de nouveaux fumeurs. Aux États-Unis, certains documents de marketing secrets concernant la campagne «Dakota» de R.J. Reynolds ont révélé l'existence d'une stratégie élaborée avec soin qui visait les jeunes cols bleus de sexe féminin. En outre, la campagne de publicité récente des cigarettes Uptown vise, de façon exclusive, les Américains de race noire, tandis que les stratégies de commercialisation du tabac préconisent un affichage plus important dans les quartiers noirs que dans les quartiers blancs (23).

La publicité dans des pays tels que l'Inde (la campagne pour les cigarettes Ms.) et Hong Kong (Virginia Slims) illustre et idéalise les valeurs culturelles occidentales en recourant à des thèmes familiers aux pays développés. Ainsi, on présente la cigarette comme moyen d'accéder à la puissance, à l'élégance et à la liberté, dans l'intention, sans équivoque, d'ouvrir de nouveaux marchés, notamment parmi les femmes et les jeunes filles. Afin de désamorcer ces tentatives, les gouvernements et les éducateurs sanitaires des pays en voie de développement se tournent vers des pays comme le Canada pour se donner des modes efficaces d'intervention dans ce domaine.

En 1990, le médecin anglais Bobbie Jacobson a dirigé un atelier sur les femmes et le tabac, lequel a précédé la septième conférence mondiale sur le tabac et la santé, qui a eu lieu à Perth, en Australie. Des représentants de nombreux pays, dont le Canada, se sont appuyés sur les tendances observées à l'échelle mondiale en matière de tabagisme pour proposer au mouvement de lutte contre le tabac certains moyens pour aborder ce problème chez les femmes.

La conférence de Perth a permis la création d'un réseau international de femmes contre le tabagisme, dont l'organisation relève de l'*American Public Health Association*. La Fondation de l'Ontario des maladies du coeur travaille actuellement à la mise sur pied d'une section canadienne de ce réseau, dont l'objectif est de neutraliser les campagnes de commercialisation et de promotion du tabac destinées expressément aux femmes et aux jeunes filles et d'élaborer, en contrepartie, des programmes de prévention et d'abandon également axés sur les femmes.

On s'efforce, en outre, d'assurer aux femmes une représentation adéquate, et d'insister, à l'occasion de

rencontres ainsi qu'à l'intérieur des organismes et dans les publications qui ont trait au tabagisme et à la santé, sur l'importance du sexe des fumeurs. Des représentants du réseau font actuellement partie du comité organisateur de la huitième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, qui aura lieu en Argentine en 1992.

### *Les prochaines étapes*

On estime que, d'ici l'an 2050, le nombre annuel, à l'échelle mondiale, de décès liés au tabagisme passera de 2,5 millions à environ 12 millions (24). Les femmes, et parmi elles un nombre de plus en plus grand de personnes appartenant aux couches les plus défavorisées de la population canadienne et des pays en voie de développement, constitueront une partie importante de ces statistiques.

Au Canada, de même que dans l'ensemble des pays du globe, en note un transfert du tabagisme des couches favorisées aux couches défavorisées de la population. Par conséquent, la race, le sexe et l'appartenance de classe sont de plus en plus, au Canada et ailleurs, des facteurs déterminants de l'usage du tabac. Au Canada, les taux extrêmement élevés de tabagisme chez les autochtones des deux sexes et chez les sans-emploi illustrent cette tendance.

En même temps, on assiste à un transfert de la production du tabac et de la fabrication des cigarettes vers les pays en voie de développement. Au fur et à mesure que les pays développés et progressistes comme le Canada deviennent moins accueillants pour les fabricants et les promoteurs des produits du tabac, on assiste à un transfert, ou à «l'exportation», du tabagisme vers les pays qui sont moins bien armés pour y faire face, phénomène dans lequel les pays développés ont une part de responsabilité.

Tandis que l'usage du tabac diminue au Canada, les questions sous-jacentes au problème du tabagisme chez les jeunes filles et les femmes demeurent complexes et déconcertantes. C'est seulement par la collaboration et l'action continue de la part de tous les secteurs du mouvement de lutte contre le tabagisme au Canada et dans le monde et de tous les secteurs du mouvement mondial de la santé des femmes que nous arriverons à résoudre ce problème.

### *Besoins futurs de programmes dans le domaine du tabagisme chez les femmes*

Au Canada, commencent à se dessiner certains besoins de programmes à mettre en oeuvre en ce qui a trait aux femmes et au tabac. Précisons que certaines des recommandations énoncées dans le présent document demeurent pertinentes bien qu'elles s'apparentent à celles qui sont contenues dans le *Document d'information sur les femmes et le tabac* rédigé en 1987; pour ce qui est des autres recommandations, certaines ont vu le jour au cours des trois dernières années.

#### *Recherche :*

1. Les organismes qui financent la recherche doivent continuer d'insister pour que celle-ci tienne compte du sexe des fumeurs.

2. La nécessité de recourir à une méthodologie qualitative de concert avec une méthodologie quantitative est de plus en plus importante si nous voulons approfondir notre compréhension du comportement des fumeuses.

3. Il est nécessaire de recueillir des données d'enquêtes sur le comportement à l'égard du tabagisme propre à certaines catégories de la population telles que les groupes ethniques et raciaux, les immigrantes, les femmes victimes de violence, les femmes autochtones, les handicapées, les détenues, les lesbiennes, les femmes analphabètes, les femmes qui occupent des emplois à prédominance féminine et les enfants.

4. Il faut absolument revoir les modes de financement de la recherche et des projets actuels (soit les objectifs, l'approche, la méthodologie, la répartition des fonds, etc.) si l'on veut s'assurer qu'ils ne soient pas entachés de préjugés sexistes et ce, surtout en ce qui a trait à la recherche sur les maladies liées au tabagisme.

#### *Prévention :*

1. L'étude immédiate du développement social et psychologique des adolescentes est nécessaire si l'on veut produire du matériel de prévention plus efficace.

2. L'élaboration de matériel en fonction des besoins propres aux catégories de la population déjà mentionnées pourrait s'avérer plus efficace que ne l'est le matériel générique. Ce matériel doit être produit de concert avec les groupes visés.

3. Il est nécessaire d'entreprendre la révision des documents actuels qui traitent de prévention et d'abandon afin de relever les préjugés sexistes et, éventuellement, le manque de pertinence de ces documents et de les modifier en conséquence.

4. Un dépliant expliquant en quoi le tabagisme est un problème qui concerne les femmes et conçu pour être utile d'un bout à l'autre du pays serait une ressource utile pour de nombreux groupes qui oeuvrent dans le mouvement des femmes ou dans le mouvement de lutte contre le tabagisme.

5. Un appui accru aux campagnes visant à multiplier les maisons et les moyens de transport «sans fumée» pourrait permettre de mieux sensibiliser la population au problème du tabagisme passif et, de ce fait, aider à protéger la santé des enfants et des non-fumeurs.

***Abandon :***

1. Au Canada, il faut continuer à élaborer des programmes d'abandon du tabagisme destinés expressément aux différents groupes de femmes et de jeunes filles, pour ensuite procéder à leur évaluation.

2. Il est urgent d'étudier le phénomène des fumeurs qui abandonnent par eux-mêmes le tabagisme afin de fonder les programmes en ce domaine sur une meilleure information.

3. Il est nécessaire de financer un programme de lutte contre le tabagisme (prévention, abandon, recherche et élaboration de politiques) défini et géré par les autochtones.

4. L'élaboration de programmes d'abandon destinés aux femmes âgées qui fument depuis longtemps s'impose également.

***Politique et législation :***

1. On doit harmoniser les politiques antitabac (imposition de taxes, par exemple) avec l'ensemble des politiques sociales. Au Canada, par conséquent, il sera de plus en plus important de «féminiser» les politiques antitabac (25) et de les intégrer aux politiques sociales et aux programmes de lutte contre la pauvreté.

2. Au Canada, il est nécessaire de former un réseau national de femmes oeuvrant dans le mouvement de lutte contre le tabagisme, afin de coordonner l'information, les activités et les politiques qui ont trait à cette question. En outre, ce réseau devrait coordonner ses activités avec celles du réseau international appartenant au même mouvement.

3. Les programmes de prévention et d'abandon et les politiques dans ce domaine devraient accorder moins d'importance au comportement des fumeurs pris individuellement et insister plutôt sur les mesures sociales susceptibles de réduire ou de prévenir les attitudes pro-tabac.

Bien qu'on n'ait pas ménagé, au cours des trois dernières années, les efforts déployés au Canada et dans l'ensemble des pays pour mieux comprendre le phénomène et intensifier la lutte contre le tabagisme chez les femmes, il reste encore beaucoup à accomplir dans ce domaine. Si nous sommes en droit de nous réjouir de la diminution générale du tabagisme chez les Canadiens, il est essentiel par contre de déployer immédiatement des efforts concertés pour que nous puissions nous attaquer, grâce à la recherche et à de nouveaux programmes, aux questions complexes et aux tendances troublantes liées au phénomène du tabagisme chez les femmes et les jeunes filles.

Au fur et à mesure que nous avancerons dans ce domaine, nous devrons spécialiser nos connaissances et notre expérience en nous concentrant davantage sur les différentes sous-populations de femmes et de jeunes filles. Seuls la collaboration, la concertation et les efforts soutenus émanant de tous les secteurs garantiront le succès des démarches entreprises pour venir à bout de ce problème. En outre, le Canada doit, à l'aube de la présente décennie, assumer certaines responsabilités et devenir un chef de file dans les efforts déployés par l'ensemble des pays pour réduire le tabagisme en général, et en particulier chez les femmes.

## Références


(1) *Colloque national sur la femme et le tabac*, Actes, Ottawa, mars 1988.

(2) GREAVES, L. *Se prendre en charge : Guide d'action sur les femmes et le tabac*, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, 1989.

(3) WIGLE, D. Communication personnelle avec Beth Ryan, CCTS.

(4) COLLISHAW, N. *Résultats préliminaires de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues*, Santé et Bien-être social Canada, 1989.

(5) GREAVES, L. «The Meaning of Smoking to Women», Document présenté à la septième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, Perth, Australie, 1990.

(6) GILLIGAN, C., HANMER, T. et LYONS, N. *Making Connections*, Harvard University Press, 1990.

(7) SLATTERY, M. «Cigarette Smoking and Exposure to Passive Smoke are Risk Factors for Cervical Cancer», *Journal of the American Medical Association*, Vol. 261, No. 11, 17 mars 1989.

(8) *Healthsharing*, été 1990, p. 9.

(9) GREAVES, L. *Se prendre en charge : Guide d'action sur les femmes et le tabac*, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa, 1989.

(10) CHANDLER, W. «Banishing Tobacco», *Worldwatch Paper*, n° 68, janvier 1986.

(11) AMOS, A. «Why are girls and young women catching up and overtaking men : An Overview», Document présenté à la septième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, Perth, Australie, 1990.

(12) «Campaign Against the Dangers of Tobacco», *ISIS International*, hiver 1987, 8:23.

(13) «Where to Draw the Line on Poverty?», *Globe and Mail*, 27 octobre 1990.

(14) «Women, Smoking and Low Income» (inédit), 1990.

(15) «Imperial Tobacco bypasses ad rules», *Ottawa Citizen*, 17 février 1989.

(16) «Smoking and the Modern Miss : Tobacco advertisers find new roost in fashion magazines», *Ottawa Citizen*, 1er mars 1990.

(17) «Why Lois Lane Smokes : She's paid to», *Ottawa Citizen*, 7 mars 1989.

(18) EPP, J. *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien être social Canada, Ottawa, 1986.

(19) *Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada*, 1987.

(20) GREAVES, L. «The Prevention and Cessation of Tobacco Use : How Are Women a Special Case?», Document présenté à la septième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, Perth, Australie, 1990.

(21) ROGERS, G. *Smoke Screens : Towards an Audio-Visual Approach of Women and Tobacco*, Santé et Bien-être social Canada, mars 1988.

(22) MACKAY, J. «Smoking and Women», discours prononcé au quinzième Congrès international sur le cancer, Hambourg, Allemagne, août 1990.

(23) *USA Today*, 11 janvier 1990.

(24) PETO, R. «Present and future worldwide effects of cigarette smoking», Conférence de Hong Kong sur le tabagisme, 27 janvier 1989.

(25) JACOBSON, B. «Women and Tobacco : Still Virgin Territory», Document présenté à la septième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, Perth, Australie, 1990.

# Sommaire

Il est clairement établi que l'état de santé des Canadiens est fonction de leur situation économique. Cette inégalité est liée à des écarts de connaissances, d'accès et d'expérience de vie qui sont soit favorables, soit préjudiciables à la santé. Comme les femmes qui vivent au Canada souffrent plus que les hommes des inégalités économiques et sociales, elles forment un groupe spécial en matière de planification de la santé.

L'usage du tabac continue de poser au Canada un problème de santé de taille : chaque année, il est à l'origine de milliers de décès et de cas de maladie. En tant que cause évitable de souffrance humaine et de pertes économiques considérables, le tabagisme a fait l'objet de nombreux programmes de recherche, d'éducation et de traitement. Améliorer notre connaissance du tabagisme chez les femmes – l'objet même de ce document – pose un double défi : s'attaquer à la fois aux inégalités attribuables à l'état de santé et à celles qui sont fondées sur le sexe qui s'observent dans la société canadienne.

Pour combattre utilement le tabagisme chez les femmes et l'intérêt accru que témoignent les adolescentes pour la cigarette, il importe de comprendre que la situation des femmes au Canada diffère de celle des hommes. Il faut aussi comprendre que les diverses sous-populations de femmes – les femmes autochtones, les jeunes femmes, les femmes pauvres, les travailleuses – présentent des caractéristiques différentes. C'est en raffinant et en précisant notre image du tabagisme chez les femmes et en comprenant que les femmes vivent une expérience de vie propre que nous arriverons à formuler des programmes de recherche, d'éducation et de traitement qui se révéleront plus efficaces dans les efforts déployés pour réduire le tabagisme chez les femmes.

L'initiation des adolescentes et des femmes au tabagisme est fortement influencée par des pressions sociales et des besoins psychologiques. Le recours au thème de l'attrait sexuel et de la liberté dans la publicité et la promotion des produits du tabac est particulièrement efficace auprès des adolescentes. La disponibilité des produits du tabac, les modèles de comportement offerts par les mères fumeuses ainsi que les amis et les milieux qui incitent à fumer sont autant d'occasions d'initier les femmes au tabagisme.

Les femmes continuent de fumer pour assouvir une dépendance physiologique qui se développe rapidement, pour éviter de prendre du poids et pour atténuer le stress auquel la plupart d'entre elles sont aujourd'hui soumises. Les Canadiennes qui appartiennent à certains groupes, et notamment celles qui sont doublement désavantagées (les femmes autochtones, les femmes pauvres, les femmes battues, les chômeuses, etc.) ont des taux de tabagisme supérieurs à ceux des autres, ce qui témoigne bien de leur inégalité sociale.

Bien des femmes veulent arrêter de fumer, mais ont du mal à le faire. Nombre d'entre elles ont essayé à plusieurs reprises de s'affranchir du tabac, et les femmes sont plus nombreuses que les hommes à participer aux programmes de renoncement au tabac. Même si les femmes ne semblent pas avoir plus de difficulté à arrêter de fumer que les hommes, leurs efforts en ce sens sont entravés par l'effet délétère permanent des inégalités sociales et économiques. Le stress imposé par le fait d'avoir à la fois un travail rémunéré et un travail non rémunéré, l'importante part de responsabilité des femmes à l'égard des soins à donner aux enfants et la piètre position des femmes dans la structure professionnelle sont autant de facteurs qui contribuent en permanence à détourner les femmes des efforts qu'elles font pour «prendre leur santé en main».

De plus, comme le matériel et les programmes de renoncement au tabac ne sont souvent pas conçus en tenant compte des femmes, il leur arrive d'être inaccessibles à bien des groupes de femmes ou de ne pas leur convenir.

Au Canada à l'heure actuelle, la réaction au problème du tabagisme chez les femmes n'est ni cohérente, ni orientée. Le Programme national de lutte contre le tabagisme et le Groupe national de travail sur les femmes et le tabac travaillent à coordonner une stratégie d'intervention planifiée à l'égard de cet important problème de santé pour les femmes. Si l'on veut obtenir un plan qui soit efficace, il est essentiel que le mouvement de promotion de la santé des femmes

soit associé à tous les intervenants intéressés : milieux de la santé, administrations publiques et organismes de lutte contre la maladie. Ce document a pour objet de susciter un débat et des échanges qui mèneront à la formulation d'une stratégie novatrice et prospective de réduction du tabagisme chez les femmes au Canada. À cette fin, nous avons présenté dans le document des résultats de travaux antérieurs consacrés au tabagisme ainsi qu'une évaluation de la réaction actuelle au Canada. En ce sens, nous espérons que le document saura susciter l'intérêt et l'engagement des lecteurs.

Les plans susceptibles d'améliorer les réactions que suscite le problème du tabagisme chez les femmes doivent comprendre des mesures à court et à long terme. En plus de faire porter les mesures de réduction du tabagisme précisément sur les femmes, il faudra qu'on sensibilise aux problèmes et à l'expérience des femmes tous les intervenants associés à la planification des programmes de recherche, d'éducation et de traitement énoncés dans ce domaine.

Les besoins de changement sont pressants. Les trois défis énoncés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* – réduire les inégalités, augmenter les efforts de prévention et augmenter la capacité des gens de se tirer d'affaire – s'appliquent tous directement au problème du tabagisme chez les femmes. En s'intéressant aux structures mêmes qui définissent la forme de la vie des femmes au Canada, on obtiendra des améliorations significatives, non seulement en ce qui a trait à la réduction du tabagisme, mais aussi au chapitre de la santé des femmes en général.

## *Priorités d'action*

**Législation** – Les efforts engagés pour appuyer et encourager l'adoption de mesures législatives propres à réduire ou à éliminer la publicité, la promotion et la disponibilité des produits du tabac doivent être poursuivis. Associées aux restrictions croissantes imposées à l'usage du tabac en milieu de travail et dans les lieux publics, ces mesures législatives devraient contribuer à réduire la consommation de tabac chez les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents du Canada.

**Éducation** – La révision du matériel de prévention et d'éducation en usage et la production de matériel neuf témoignant d'une plus grande attention aux femmes et aux problèmes des femmes joueront un rôle important dans l'élaboration d'une stratégie efficace de réduction du tabagisme chez les femmes.

**Recherche** – La conception, l'organisation et l'évaluation des études, du matériel, des programmes et des stratégies qui concernent le tabagisme chez les femmes doivent être examinées en fonction de critères qui tiennent compte des femmes et, plus précisément, des différences entre les sexes.

**Collaboration** – Le mouvement des femmes et tous les autres groupes intéressés doivent être activement et résolument associés aux efforts de réduction du tabagisme chez les femmes au Canada, et ces efforts doivent viser précisément les femmes autochtones, les jeunes femmes, les femmes pauvres et les chômeuses.

# Chapitre 1

## A. Introduction

### *Inégalités de santé et inégalités des sexes*

Dans le document intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, émet des idées avancées sur une nouvelle vision de la santé pour les Canadiens. Cette nouvelle vision fait du choix personnel et de la qualité de la vie des objectifs importants pour quiconque souhaite acquérir un bon état de santé. Les trois défis que pose la santé pour la nation au sens du document peuvent tous être appliqués directement à la question des femmes et du tabac au Canada.

Le premier de ces défis consiste à «réduire les inégalités». Il est clairement établi que, dans bien des pays, et le Canada est de ce nombre, la santé des habitants varie beaucoup en fonction de leur situation économique : les pauvres sont en moins bonne santé que les riches. Le phénomène tient à des écarts d'accès aux ressources et aux réseaux de soins de santé, à des écarts d'instruction relativement aux questions de santé et à des conditions de vie préjudiciables à la santé. Les groupes désignés dans *La santé pour tous* comprennent les chômeurs, les assistés sociaux, les femmes qui sont soutiens de famille et les minorités comme les autochtones et les immigrants. La prévalence du tabagisme est beaucoup plus grande dans chacun de ces groupes que dans les groupes qui sont bien informés en matière de santé, qui ont facilement accès au réseau des soins de santé et qui ont de bonnes conditions de vie.

Une analyse rapide de la situation de la femme dans la société canadienne révèle que les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les autres groupes de la population d'appartenir aux couches socio-économiques inférieures, comme soutiens uniques de famille, chômeuses et assistées sociales. Chez les personnes âgées, de plus, les plus pauvres sont de sexe féminin. La «féminisation» de la pauvreté que ces faits mettent en évidence est un phénomène global.

Le deuxième défi dont il est question dans le document *La santé pour tous* consiste à «augmenter les efforts de prévention». Le principal défi à cet égard consiste à agir sur les choix des individus quant à leur mode de vie et leur comportement. Ce domaine est particulièrement important dans l'étude de la question des femmes et du tabac. Au Canada, les groupes les plus vulnérables à l'initiation au tabagisme sont les enfants et les jeunes femmes. Même si les fumeurs de sexe masculin sont plus nombreux que les fumeurs de sexe féminin, les prévalences convergent, et les jeunes femmes forment une proportion plus élevée que jamais de la population des fumeurs. Comme le tabagisme est une cause évitable de morbidité et de mortalité, il est normal que la prévention soit assimilée à un défi important, à une priorité. Il a été estimé que la prévention pourrait réduire de 50 % l'incidence du cancer du poumon et des maladies cardiaques au Canada (Epp, 1986, p. 5).

Le troisième grand défi énoncé dans le document consiste à «augmenter la capacité des gens à se tirer d'affaire». À ce sujet, il est important de noter les modifications radicales qui ont été apportées à la situation des femmes au cours des dernières décennies. Les Canadiennes entrent dans la population active rémunérée en nombre croissant. Les emplois qu'elles occupent, toutefois, ne sont pas les mieux rémunérés, et les femmes gagnent environ 64 cents pour chaque dollar gagné par un homme (Statistique Canada, 1985). Mais l'indicateur social le plus révélateur est sans doute le fait que, même si les femmes sont entrées dans la population active, leurs responsabilités traditionnelles à la maison et dans la famille ont bien peu changé. De nombreuses enquêtes sur les femmes au travail montrent que les femmes ont souvent deux emplois : un travail rémunéré et un travail non rémunéré. Les soins donnés aux jeunes, aux handicapés et aux personnes âgées demeurent principalement l'affaire des membres de sexe féminin de la famille. À ce stress s'ajoutent les difficultés auxquelles les femmes, souvent à titre d'uniques soutiens de famille, doivent faire face au moment de trouver, pour leurs enfants d'âge préscolaire et scolaire, des ressources adéquates. Bref, les femmes mènent au Canada une vie extrêmement stressante. Face à cette situation, les femmes cherchent des techniques de réduction du stress, et certaines de ces techniques

peuvent être préjudiciables à la santé. L'usage du tabac est, en ce sens, un comportement fonctionnel grâce auquel certaines femmes arrivent à se tirer d'affaire.

Les inégalités relatives à la santé et à la situation de la femme constituent les deux bases importantes de ce document. L'une des approches qui méritent d'être retenues dans l'étude de la question des femmes et du tabac consiste à appliquer les principes de l'analyse par sexe à l'examen de tous les aspects du problème. Il importe d'appliquer cette analyse à chacun des niveaux des programmes d'enseignement, de prévention et de traitement qui s'adressent aux femmes ou qui leur sont offerts. Cela suppose un examen attentif du contenu des programmes du point de vue des femmes. Deuxièmement, il importe d'évaluer le sexisme des messages qui accompagnent le discours relatif à la santé. Enfin, l'analyse par sexe suppose que les femmes, au Canada, auront à être associées à la formulation de solutions viables au problème du tabagisme chez les femmes.

Dans cet esprit, il est essentiel d'examiner le rôle joué par les milieux féminins au Canada. Les organismes officiels associés au mouvement des femmes comprennent des groupes de femmes nationaux, provinciaux et locaux qui doivent non seulement être associés à la communication de renseignements susceptibles de modifier les orientations à prendre, mais aussi participer, à la base, aux efforts de développement communautaire. Même si le mouvement des femmes s'intéresse aujourd'hui au Canada à une foule de questions sociales et économiques qui touchent l'amélioration de la situation de la femme, il commence à prendre conscience de la nécessité de modifier la politique du gouvernement, les attitudes sociales et le comportement des femmes à l'égard du tabagisme chez les femmes. Certains indices portent aujourd'hui à croire que le mouvement des femmes pourrait être mobilisé pour fournir à ce chapitre un soutien concret et des mesures de développement communautaire concrètes.

De plus, il existe au Canada un mouvement intéressé par la santé des femmes qui est à la fois important et puissant. Il s'est développé de façon constante depuis une quinzaine d'années, à l'échelon régional ou communautaire et autour de questions de santé précises. D'ailleurs, on travaille actuellement à la création, au Canada, d'un réseau de santé des femmes, qui doit tenir sa réunion de fondation en janvier 1988 (Clement, 1987). Ce réseau pourrait fournir l'amorce d'un organisme officiel susceptible de sensibiliser les Canadiennes au problème du tabagisme chez les femmes.

Jusqu'ici, les questions soulevées par le mouvement de promotion de la santé des femmes et par les partisans de la promotion de la santé au sein du mouvement des femmes ont surtout concerné le domaine de la reproduction. Pour des raisons évidentes, on consacre bien peu de ressources et d'énergie aux questions de santé propres aux femmes. L'accès à l'avortement, la technologie du contrôle des naissances et de la reproduction, les effets du D.E.S. et du Depo-Provera, la médicalisation de l'accouchement et des questions similaires ont joué un rôle fondamental dans le développement du mouvement pour la santé des femmes.

Le tabagisme ayant été assimilé à une habitude que partagent les deux sexes – en fait, les hommes fument plus que les femmes – et à un problème dont s'occupent déjà les grands organismes de promotion de la santé, la question n'a pas encore mobilisé le mouvement pour la santé des femmes au Canada.

Parallèlement, le milieu de la recherche médicale, les organismes de lutte contre la maladie et certains sociologues ont publié des chiffres et des messages alarmants au sujet de la prévalence, de la prévention et de l'abandon de l'usage du tabac chez les femmes. Il y a beaucoup de travail de développement à faire chez ceux qui s'efforcent d'agir sur la consommation de tabac des Canadiennes. Pour planifier une stratégie nationale qui soit efficace, il faudra profiter de l'expérience, des recherches et des connaissances de plusieurs milieux, et notamment des organismes de promotion de la santé des femmes, des milieux médicaux, des organismes de lutte contre la maladie et des milieux de la recherche.

En conclusion, le document intitulé *La santé pour tous* offre des avenues prometteuses en ce qui concerne la lutte à mener contre le problème du tabagisme chez les femmes. À la lecture du document, on constate de plus qu'il y a un chevauchement entre les principes et les hypothèses qu'on y énonce et ceux que le mouvement pour la santé des femmes au Canada a déjà avancés. L'importance accordée au choix personnel, à la planification globale de la santé et au développement

des ressources communautaires à l'appui des décisions prises, sur le plan local, par des individus sont autant de principes qui coïncident avec les idées avancées aujourd'hui par les mouvements de promotion de la santé.

La mise à profit simultanée des efforts et des points de vue des divers milieux qui s'intéressent à la question du tabagisme n'est pas uniquement possible; elle constitue une condition essentielle à la formulation d'un plan intégré et productif. Dans les premières étapes des tentatives faites en ce sens en Ontario, on a constaté que les sujets de divergence étaient rares, sinon inexistants. De plus, des thèmes, des idées et des points de vue complémentaires surgissent dès que les représentants de divers milieux commencent à partager leurs expériences et leurs idées sur l'élimination du tabagisme chez les femmes. Il est rare que des différends naissent entre des personnes qui ont comme objectif ultime l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes. De toute évidence, c'est avec les milieux qui ont des intérêts carrément opposés aux groupes dont il a été question jusqu'ici que les différends vont se produire, c'est-à-dire avec ceux qui produisent le tabac, qui le transforment et qui en font la publicité. L'ampleur de ce problème politique a déjà été abondamment étudiée, et il ne nous appartient manifestement pas d'aborder cette question ici. Quoi qu'il en soit, les textes législatifs que la Chambre des communes avait à étudier au moment où ces lignes ont été écrites (les projets de loi C-51 et C-204) offrent des perspectives prometteuses pour tous ceux qui souhaitent améliorer l'état de santé des Canadiens par la lutte contre le tabagisme.

D'un point de vue historique, l'usage répandu du tabac chez les femmes est un phénomène relativement récent. Avant la Seconde Guerre mondiale, très peu de femmes fumaient. Il y a aujourd'hui 23 ans qu'on a fait beaucoup de publicité sur les liens qui existent entre le tabagisme et le cancer (*US Public Health Service*, 1964). Depuis, on a lancé de nombreux programmes dans l'espoir de faire fléchir le nombre de fumeurs au Canada. En gros, ces programmes ont eu un certain effet, tant chez les hommes que chez les femmes, dans la mesure où la prévalence du tabagisme est bien moins importante qu'elle ne l'était il y a vingt ans. Cependant, ceux qui demeurent ou deviennent des fumeurs aujourd'hui représentent un réel défi en ce qu'ils sont insensibles, dans une certaine mesure, aux messages de santé qui ont donné de bons résultats dans d'autres groupes. Il importe donc aujourd'hui de définir avec plus de précision les caractéristiques des groupes qui résistent aux messages de santé classiques pour pouvoir créer et lancer des programmes de prévention, d'éducation et de traitement qui soient mieux ciblés. Même si la proportion des Canadiennes qui fument est toujours inférieure à la proportion des hommes qui fument au Canada, il faut s'inquiéter de ce que les adolescentes constituent le groupe des fumeurs qui augmente le plus rapidement (*Document d'orientation du Programme national*, 1987), de ce que les mères fumeuses fournissent un puissant modèle à leurs filles (Ashley, 1983), de ce que la publicité de l'industrie du tabac vise particulièrement les femmes et les adolescentes (Jacobson, 1986; Ernster, 1985) et de ce que les inégalités dont les femmes sont victimes entraînent chez elles un comportement particulier à l'égard du tabagisme (Jacobson, 1981).

Qui plus est, 13 000 femmes meurent au Canada tous les ans de maladies liées au tabagisme (Collishaw, 1987). Toutes les quarante minutes, une Canadienne meurt des suites d'une maladie parfaitement évitable. Les efforts visant à préserver la précieuse ressource humaine que représente la santé des femmes doivent être intensifiés.

Il ne faut pas oublier que les femmes représentent une part disproportionnée de bien des groupes qui souffrent des inégalités en matière de santé relevées dans le document *La santé pour tous*. Les Canadiennes ont plus d'une raison de continuer à résister aux messages de santé. C'est dans cette perspective qu'il importe de recourir à l'analyse par sexe pour comprendre la nature des changements qui devront sans doute être apportés aux programmes de prévention, d'éducation et de traitement axés sur les femmes et le tabagisme.

## B. Perspectives d'action

1. Les organismes publics et les milieux du domaine de la recherche, de la santé et de l'éducation préoccupés par le tabagisme devraient étudier ou réétudier leurs activités en les soumettant à une analyse fondée sur le sexe.

On devrait notamment faire :

a) une évaluation du contenu, de la planification et des priorités des programmes du point de vue des femmes;

b) de réels efforts visant à associer le milieu des femmes canadiennes à l'évaluation des activités actuelles et à la formulation de plans de développement en ce qui concerne le tabagisme et les femmes;

c) une évaluation des travaux de recherche qui s'appuierait sur des principes analogues à ceux qui ont été approuvés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et publiés dans *Le traitement objectif des sexes dans la recherche* (Eichler et Lapointe, 1985).

2. Il importe d'encourager et peut-être de faciliter la mobilisation du mouvement des femmes et du mouvement pour la santé des femmes à l'égard de cette question en mettant à la disposition des groupes qui travaillent à la promotion de la santé des femmes au Canada des crédits de fonctionnement.

3. On devrait envisager la possibilité de créer un comité national de coordination grâce auquel on pourra associer l'expérience, les résultats des travaux de recherche et les connaissances des femmes et du milieu de la recherche, de l'enseignement, de la lutte contre la maladie et de la santé dans la définition et l'application suivie d'une stratégie sur la question des femmes et du tabagisme.

4. Les parties intéressées devraient toutes envisager la possibilité d'adopter une stratégie de planification bien définie qui leur permette d'isoler d'une manière plus précise les sous-groupes de femmes auxquels les programmes de prévention, d'éducation et de traitement en matière de tabagisme devraient s'adresser.

# *Chapitre 2*

## A. Les femmes et le tabac : portrait statistique

■ ■ ■

### *Introduction*

Ce chapitre présente des renseignements sur l'usage du tabac chez les Canadiennes; il poursuit quatre objectifs.

Le premier consiste à cerner les sous-groupes de la population au sein desquels la prévalence ou l'incidence du tabagisme sont assez élevées. Si on arrive à isoler ces sous-groupes, on pourra orienter les programmes d'éducation et de renoncement au tabac de manière à les diriger vers les groupes concernés. Les variables qui offrent un intérêt dans la définition de ces sous-groupes comprennent notamment l'âge, la province de résidence, le groupe ethnique, le niveau de scolarité, le statut socioéconomique, l'état civil, le statut professionnel et la catégorie d'habitat (milieu urbain ou rural).

Le deuxième objectif poursuivi consiste à faire des projections des niveaux de tabagisme de divers sous-groupes de femmes de la population. Pour y arriver, il faudrait procéder à des enquêtes de population répétées qui s'appuieraient sur des méthodes et des définitions de variables similaires. On pourrait ensuite évaluer les tendances observées dans le passé et faire des projections en fonction de divers groupes d'hypothèses. Ici encore, les projections devraient porter sur des sous-groupes définis en fonction des variables énumérées ci-dessus, dans le premier objectif.

Le troisième objectif consiste à comparer le niveau de tabagisme des hommes et des femmes, tant au sein des sous-groupes de la population actuelle qu'en fonction des projections démographiques.

Le dernier objectif consiste à évaluer les régimes de consommation des divers sous-groupes de population et à étudier les tendances qui se dégagent de ces régimes. Outre les régimes qui concernent l'incidence et la prévalence du tabagisme et qui servent d'indicateurs généraux des populations exposées aux maladies associées au tabagisme, deux autres indicateurs peuvent se révéler utiles dans l'orientation des programmes. Ce sont la consommation de tabac – qu'on exprime généralement en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour – et la teneur en goudron et en nicotine des cigarettes fumées. Ici encore, il serait intéressant d'avoir ces indicateurs pour divers sous-groupes de population.

### *Problèmes posés par les données disponibles*

Malgré les nombreuses enquêtes qui ont été faites, les données nécessaires à la réalisation des objectifs énoncés ci-dessus sont fort limitées. Cela tient à plusieurs causes. Premièrement, les enquêtes qui ont été menées n'avaient souvent pas pour objectif premier la collecte de renseignements sur le tabagisme et les problèmes qui y sont associés. Il s'ensuit donc que, bien souvent, les renseignements utiles n'ont pas tous été recueillis. Dans d'autres cas, on a en fait recueilli beaucoup de renseignements utiles sur le tabagisme, mais il n'a souvent pas été possible de les analyser par sous-groupes de population, soit parce que tel ou tel sous-groupe (les femmes autochtones, par exemple) n'était pas visé par l'enquête, soit parce que l'échantillon observé était trop petit pour fournir des estimations fiables du tabagisme. Il importe également de s'interroger sur l'effet que pourraient avoir sur les estimations d'éventuels écarts des taux de réponse des sous-groupes.

Lorsque les résultats d'une enquête donnée n'ont pas été analysés d'une manière qui cadre avec les objectifs pursuivis ici, deux solutions s'offrent : obtenir, moyennant paiement, des bandes magnétiques de données accessibles au public ou faire faire les analyses voulues par l'organisme public compétent, toujours moyennant paiement.

Il faut bien reconnaître que les apparentes variations des estimations du tabagisme d'une enquête à l'autre tiennent peut-être en partie à la diversité des méthodes d'enquête. Ainsi, des données ont été recueillies par interview personnelle, par téléphone ou à l'aide de questionnaires à remplir soi-même. De même, des renseignements ont été recueillis directement auprès des répondants ou auprès de répondants substituts. Enfin, le libellé des questions a varié. Ces facteurs

peuvent tous avoir exercé un effet sur les résultats des enquêtes.

D'autre part, on a utilisé dans les diverses enquêtes des définitions différentes du fumeur et, en particulier, de l'ex-fumeur, et on n'a jamais utilisé de mesures biochimiques pour confirmer le statut des répondants relativement à l'usage du tabac. Enfin, bien des enquêtes n'ont été menées qu'une seule fois (l'Enquête sur la promotion de la santé, l'Enquête sociale générale, l'Enquête sur la condition physique des Canadiens, par exemple), ce qui rend l'analyse des tendances presque impossible.

Les données disponibles nous permettent de faire, sans trop craindre de nous tromper, des comparaisons, des projections et des énoncés généraux sur l'incidence et la prévalence du tabagisme et sur les sous-groupes auxquels on devrait s'intéresser en priorité. Toutefois, les renseignements qui nous permettraient d'atteindre les objectifs énoncés ci-dessus d'une manière plus précise ne sont pas disponibles, pour les raisons que nous venons de donner.

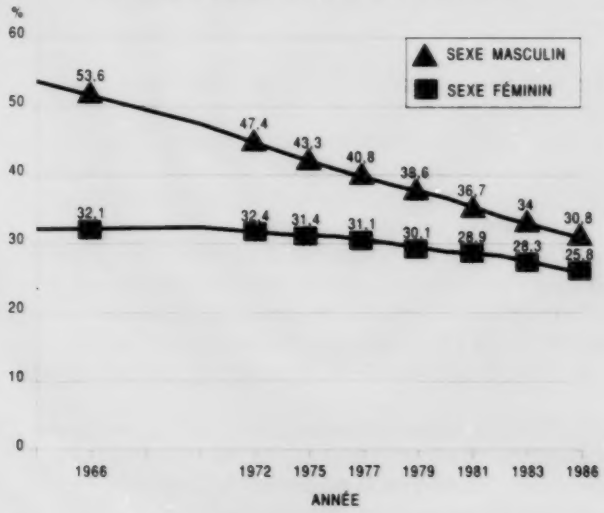
### *Régimes de consommation de tabac chez les femmes*

Les chiffres présentés dans cette section sont tirés de l'Enquête sur la population active du Canada (EPAC) et de l'Enquête sur l'usage du tabac au Canada, qui est un supplément de l'EPAC. L'Enquête sur l'usage du tabac au Canada est menée depuis 1964; elle fournit donc des données longitudinales. La dernière enquête sur l'usage du tabac remonte à décembre 1986; elle reposait sur un échantillon probabiliste à plusieurs degrés de plus de 30 000 Canadiens (Yukon et Territoires du Nord-Ouest non compris). L'enquête portait sur bon nombre des variables énumérées ci-dessus, et notamment sur les régimes de consommation. Même si les résultats de ces enquêtes peuvent être entachés d'un certain degré de sous-déclaration, du fait qu'on y utilise des répondants substituts, l'examen des estimations de l'Enquête sociale générale et de l'Enquête sur la promotion de la santé semble confirmer l'hypothèse que les régimes observés sont en général les mêmes d'un sous-groupe à l'autre et que les estimations tirées des autres enquêtes restent en deçà de la marge d'erreur d'échantillonnage de l'EPAC. Selon toute vraisemblance, les estimations de l'EPAC représentent donc des valeurs minimales. Le seul sous-groupe qui pose réellement problème est celui des 15-19 ans; en effet, la proportion des répondants substituts y est importante, et d'autres éléments semblent prouver indirectement que certains répondants ont donné de faux renseignements (Pederson et Lefcoe, 1985).

Les tableaux et les chiffres présentés ici sont tirés d'un travail préliminaire de W.J. Millar, *The Smoking Behaviour of Canadians*, 1986; ils ont été reproduits avec la permission de l'auteur. Les tableaux sont tous exprimés en pourcentage de la population canadienne, pour les hommes et les femmes.

La figure 1 présente les niveaux de tabagisme des hommes et des femmes, de 1966 à 1986. Il est intéressant de noter que la consommation a diminué chez les deux sexes, mais de façon plus prononcée chez les hommes. Les estimations actuelles révèlent que, dans l'ensemble du Canada, 30,8 % des hommes et 25,8 % des femmes fument.

Figure 1
Prévalence du tabagisme au sein de la population de 15 ans et plus, par sexe, Canada, 1966-1986




**Âge** (Figure 2, Appendice A – Tableau A). Chez les femmes, le niveau de tabagisme le plus élevé (environ 32 %) s'observe chez les personnes de 20 à 44 ans. Ce niveau est légèrement inférieur à celui des hommes du même groupe d'âge (environ 35 %). Chez les hommes, la proportion des ex-fumeurs augmente en fonction de l'âge de manière plus ou moins linéaire, soit de moins de 10 % à 50 %. Chez les femmes, par

contre, elle est relativement stable, à moins de 20 %. Cela vient sans doute de ce que, dans les groupes d'âge supérieurs, il y a moins de femmes que d'hommes qui pourraient arrêter de fumer, parce qu'elles n'ont jamais commencé à fumer.

Figure 2-a
Pourcentage des fumeurs par habitude au sein de la population de sexe féminin de 15 ans et plus, par âge, Canada, 1966-1986

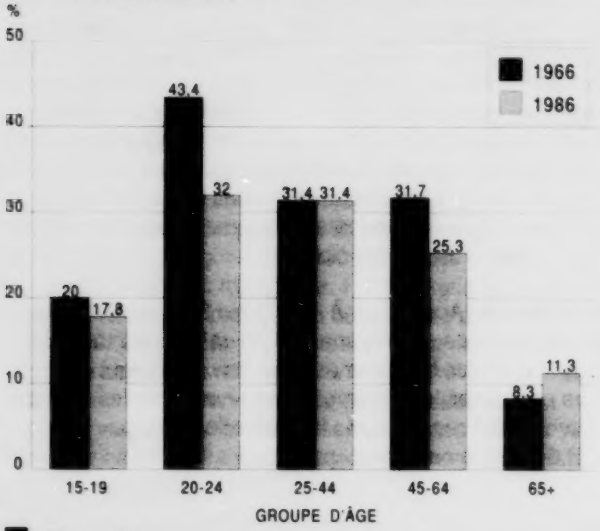
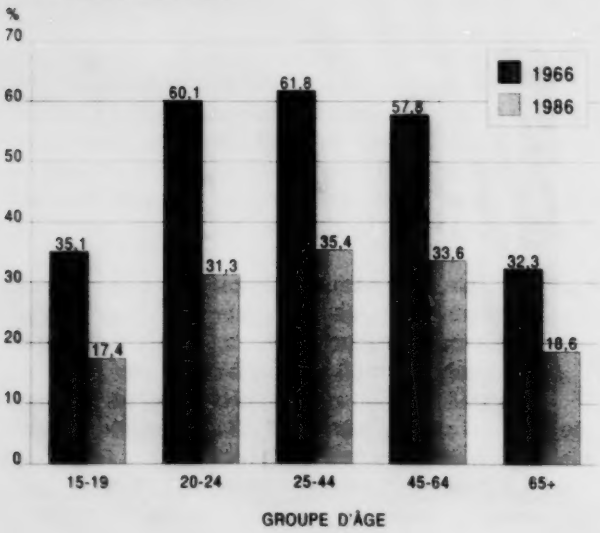



Figure 2-b
Pourcentage des fumeurs par habitude au sein de la population de sexe masculin de 15 ans et plus, par âge, Canada, 1966-1986




**Province** (Figure 3, Appendice A – Tableau B). C'est au Québec que la proportion des femmes qui fument est la plus élevée (30,6 %); suivent la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Les niveaux de consommation les moins élevés s'observent à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique. Dans les

Figure 3-a
Pourcentage des fumeurs par habitude au sein de la population de sexe féminin de 15 ans et plus, par région, Canada, 1966-1986

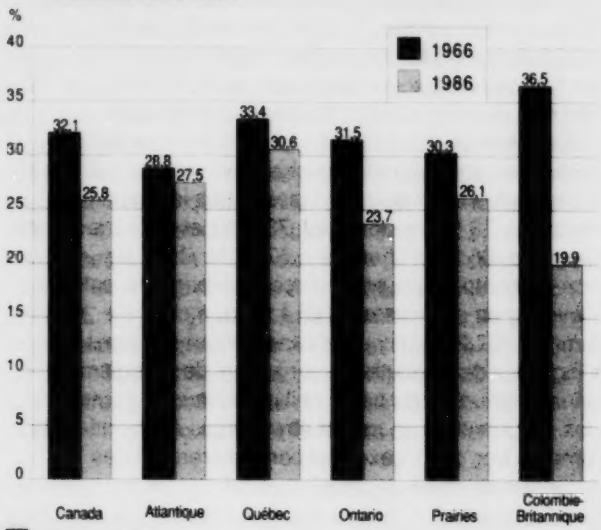
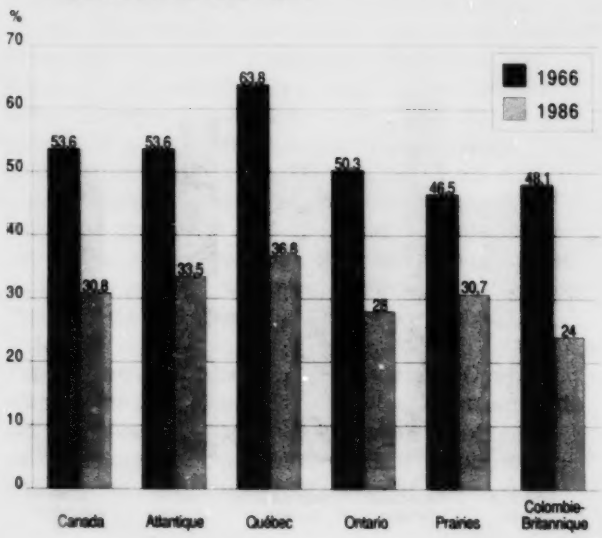



Figure 3-b
Pourcentage des fumeurs par habitude au sein de la population de sexe masculin de 15 ans et plus, par région, Canada 1966-1986



provinces où le niveau de consommation est élevé, la prévalence du tabagisme atteint un sommet chez les 20-44 ans. Les femmes de cet âge devraient sans doute former un groupe cible important des programmes dans l'avenir.

Les données d'une étude sur le tabagisme dans les Territoires du Nord-Ouest menée à titre de supplément de l'Enquête sur la promotion de la santé de 1985 (Appendice A – Tableau K) révèlent qu'environ 50 % des résidents des deux sexes des Territoires du Nord-Ouest sont des fumeurs; dans l'ensemble de la population canadienne, cette proportion s'établit à 34 %. Les niveaux de tabagisme les plus élevés (61 % chez les femmes et 68,9 % chez les hommes) s'observent chez les 20-24 ans. Les niveaux de tabagisme sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans deux groupes : chez les Inuit (femmes, 78,6 % – hommes, 73,7 %) et chez les Dénés (femmes, 66,2 % – hommes, 57,8 %). Chez les non-autochtones, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes (42,4 %) que chez les femmes (37,2 %). Il y a certainement des raisons de s'inquiéter de l'évolution des niveaux de tabagisme dans cette partie du pays, et il ne fait aucun doute que des programmes devraient être conçus à l'intention des fumeurs des deux sexes, et particulièrement des autochtones et des jeunes.

**Niveau de scolarité** (Figure 4, Appendice A – Tableau C). Chez les femmes, on observe entre la prévalence du tabagisme et le niveau de scolarité un rapport inverse qui est beaucoup plus marqué que la tendance correspondante chez les hommes. La seule exception se présente chez les femmes qui ont de 0 à 8 années de scolarité, où la prévalence du tabagisme (24,4 %) est inférieure à celle de la catégorie d'instruction suivante. Les femmes qui n'ont pas fait d'études postsecondaires ont trois fois plus de chances d'être des fumeuses par habitude que celles qui ont un grade universitaire (10,4 %). Comme ce lien s'observe dans toutes les provinces, on devrait sans doute envisager des programmes nationaux axés précisément sur ce groupe. Si l'on tient également compte de l'âge, on constate que les niveaux de tabagisme les plus élevés (près de 40 %) s'observent chez les femmes de 20 à 44 ans qui n'ont pas fait d'études postsecondaires; ici encore, ces fumeuses pourraient faire l'objet d'un groupe cible.

**Profession** (Appendice A – Tableau D). Par catégorie professionnelle, les régimes de prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes diffèrent quelque peu. Chez les hommes, les prévalences les moins élevées s'observent dans la catégorie «gestion» (23,6 %) et la catégorie «professions libérales»

Figure 4-a
Pourcentage des fumeurs par habitude, femmes de 15 ans et plus, par niveau de scolarité, Canada, 1977-1986

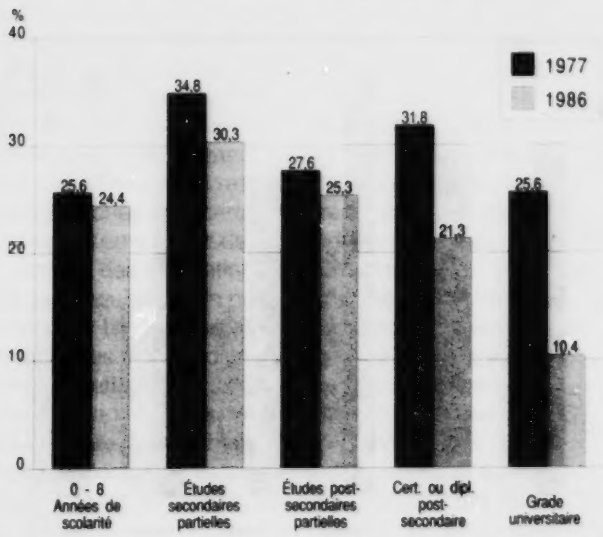
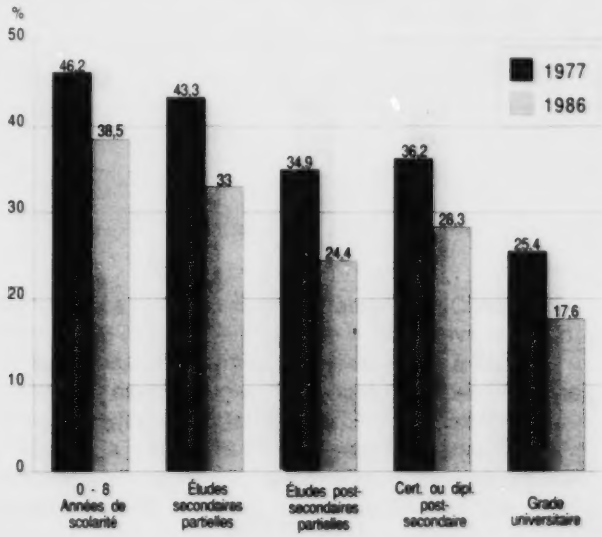



Figure 4-b
Pourcentage des fumeurs par habitude, hommes de 15 ans et plus, par niveau de scolarité, Canada, 1977-1986



(20,6 %). Chez les femmes, par contre, la catégorie «gestion» (28,6 %) ne compte pas parmi les plus basses. En fait, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans cette catégorie (et, à un moindre degré, dans les catégories «services» et «vente»). Chez les femmes, la prévalence du tabagisme atteint un sommet dans la catégorie «mines» (39,4 %); suivent les catégories «autres métiers», «services», «transports», «bâtiment et travaux publics» et «travail de bureau». Exception faite de la catégorie «gestion», le niveau de tabagisme par catégorie professionnelle témoigne sans doute, dans une certaine mesure, du rapport entre l'usage du tabac et le niveau de scolarité.

De toute évidence, on pourrait prévoir des programmes en milieu de travail. Avant de déterminer quand ces programmes devraient être mis en oeuvre, on veillera à tenir compte de la proportion des femmes employées au sein d'une catégorie donnée, et non pas uniquement de la prévalence du tabagisme. Par exemple, on sait que 29,5 % des employées de bureau (qui comprennent 30,0 % des femmes occupant un emploi) fument. Un programme axé sur ces femmes pourraient fort bien atteindre un plus grand nombre de fumeuses qu'un programme axé sur les fumeuses du secteur des mines (prévalence de 39,4 %), qui ne comprennent que 2,3 % des femmes occupant un emploi.

Il importe également de tenir compte des femmes et des hommes qui ne font pas partie de la population active rémunérée et qui, de ce fait, n'ont pas accès aux programmes en milieu de travail. Dans l'ensemble, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les chômeurs (41,4 %) que chez les personnes occupées (30,0 %) et les inactifs (23,2 %) (Appendice A – Tableau L). Cette situation s'observe aussi bien chez les hommes (exception faite des 45-54 ans) que chez les femmes (exception faite des 55-64 ans). De toute évidence, ces personnes forment un groupe qui devrait faire l'objet de programmes hors milieu de travail.

**État civil et exposition à la fumée** (Appendice A – Tableau E). Les niveaux de tabagisme sont généralement plus élevés chez les personnes qui sont séparées, veuves ou divorcées (la catégorie «autre») que chez les personnes mariées ou célibataires, tant chez les hommes de 25 à 64 ans que chez les femmes de 20 à 64 ans. Les niveaux les plus élevés s'observent chez les 25-44 ans dans le cas des hommes (53,4 %) et chez les 20-24 ans dans le cas des femmes (65,3 %). De plus, la prévalence du tabagisme augmente dans les milieux où il y a déjà des fumeurs; en d'autres termes, les fumeurs ont davantage tendance que les non-fumeurs à avoir un conjoint et des amis qui fument (Enquête sur la promotion de la santé, 1985).

**Consommation** (Appendice A – Tableaux F, G, H). Compte tenu du nombre de cigarettes fumées par jour, les hommes sont plus souvent de gros fumeurs que les femmes. On note cependant que, chez les femmes, les niveaux de consommation les plus élevés s'observent chez les 25-44 ans, alors que chez les hommes, les plus gros fumeurs ont de 45 à 64 ans. Apparemment, c'est en Colombie-Britannique que les fumeurs des deux sexes consomment le plus de tabac (cette observation a de quoi étonner si l'on songe au fait que la Colombie-Britannique est la province où la proportion des fumeurs est la moins élevée). Viennent ensuite le Québec et les province de l'Atlantique, pour les deux sexes. Enfin, les gros fumeurs de sexe masculin sont principalement concentrés à l'une et l'autre extrémité de l'échelle des niveaux de scolarité; chez les femmes, par contre, on observe une relation inverse entre la consommation de tabac et le niveau de scolarité.

Les résultats de l'EPAC fournissent également des chiffres sur la teneur en goudron et en nicotine des cigarettes. Dans l'ensemble, les données révèlent que les hommes ont plus tendance que les femmes à fumer des cigarettes à teneur élevée en goudron. Ce régime s'observe dans toutes les régions et à chacun des niveaux de scolarité. Les femmes d'âge mûr du Québec et des provinces de l'Atlantique et celles qui ont un niveau de scolarité élevé ont davantage tendance à fumer des cigarettes à faible teneur en goudron et en nicotine. Il faut néanmoins savoir faire preuve de discernement au moment d'interpréter ces résultats, car il semble que certains fumeurs compensent la faible teneur en goudron et en nicotine des cigarettes qu'ils fument par un accroissement du nombre de cigarettes fumées ou une modification du nombre de bouffées par cigarette, de leur durée et de leur degré d'inhalation.

**Tendances** (Appendice A – Tableaux I, J). Chez les hommes de tous âges, on a observé une diminution de la prévalence du tabagisme au cours des vingt dernières années. Chez les femmes, toutefois, le phénomène n'a pas été aussi uniforme. Même si la

prévalence du tabagisme a fléchi chez les 20-24 ans et les 45-64 ans, les diminutions récemment observées chez les 15-19 ans et les 25-44 ans ont suivi des augmentations antérieures; cela explique que les chiffres de 1966 et de 1986 soient similaires.

De plus, les résultats de l'EPAC montrent que la plus forte réduction de la consommation de tabac s'est produite dans la population de sexe féminin de la Colombie-Britannique, et que la prévalence du tabagisme a davantage diminué chez les femmes à niveau de scolarité élevé que chez celles dont le niveau de scolarité est moins élevé.

Enfin, l'analyse des tendances de consommation montre que les gros fumeurs des deux sexes semblent constituer une proportion croissante de l'ensemble des fumeurs. Les femmes de 15 à 24 ans constituent la principale exception à cette règle. Le phénomène n'a pas encore été expliqué, mais il peut notamment tenir du fait que le taux d'abandon est plus élevé chez les personnes qui fument peu et que les personnes qui ont choisi de fumer des cigarettes à faible teneur en goudron et en nicotine ont augmenté leur consommation et sont moins nombreuses à renoncer au tabac.

## B. Perspectives d'action

5. Les données disponibles devraient être soumises à des analyses plus poussées grâce auxquelles on pourrait notamment répondre aux questions suivantes :

   - Quel rapport y a-t-il entre l'état civil, l'âge et l'évolution de la prévalence du tabagisme?
   - Y a-t-il au chapitre des catégories professionnelles ou du statut professionnel des tendances qui sont liées à l'évolution de l'usage du tabac?
   - On devrait également faire des comparaisons qui permettent de déterminer si les régimes observés sont les mêmes chez les hommes et les femmes.

6. Il importe de recueillir des données précises sur les jeunes pour pouvoir déterminer si leurs niveaux de tabagisme sont réellement inférieurs ou si les résultats obtenus dépendent des méthodes de collecte des données. On veillera à éviter l'utilisation de répondants substituts et à garantir la confidentialité des renseignements fournis par les répondants.

7. On devrait essayer de déterminer pourquoi la population canadienne compte des sous-groupes à niveau de consommation de tabac élevé. Des questions sur les raisons qui poussent les gens à fumer devraient être adressées aux groupes qui ont déjà été reconnus. De plus, les réponses aux questions sur les raisons de renoncer au tabac pourraient se révéler utiles dans la formulation de programmes s'adressant à des sous-groupes qui comptent un nombre important d'ex-fumeurs.

### *Sources de renseignements*

Les sources de données utilisées dans cette section comprennent les ouvrages suivants :


1. *Enquête Condition physique Canada, Condition physique et mode de vie au Canada*, gouvernement du Canada, Condition physique Canada, 1981.
2. *Enquête sur la santé des Canadiens, La Santé des Canadiens (1979)*, Santé et Bien-être social Canada, Statistique Canada, Ottawa, 1981.
3. *Canadian Gallup Polls 1982-1986.*
4. Hagy, J. *General Social Survey, 1985 – Preliminary Data – Cycle One : Health and Social Support*, présenté lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, juin 1984.
5. Santé et Bien-être social Canada. *L'usage du tabac chez les Canadiens, 1965 à 1979*, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1980, rapport technique n° 9.
6. Enquête sur la promotion de la santé, *Données supplémentaires sur l'usage du tabac dans les Territoires du Nord-Ouest, 1987.*
7. Jossa, D. *L'usage du tabac au Canada, 1983*, Santé et Bien-être social Canada, 1985, n° 39-66/1985F au catalogue.

8. Lamarche P. Enquête sur la promotion de la santé, *The Use of Tobacco in Canada, 1985*, document provisoire, novembre 1986.

9. Millar, W.J. *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981*, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1983.

10. Millar, W.J. «L'usage du tabac chez les Canadiens en 1986», Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1987 (manuscrit non publié, version préliminaire).

11. Pederson, L.L. et Lefcoe, N.M. «Cross-sectional Analysis of Variables Related to Cigarette Smoking in Late Adolescence», *Journal of Drug Education*, 1985, n° 15 (3), p. 225-240.

12. Thomson, M.E. *Statistics of Smoking in Canada*, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, novembre 1984.

**Note** : Les sources 1 à 4 s'appuient sur les résultats de l'Enquête sur la population active.

# *Chapitre 3*

## A. Initiation des femmes au tabagisme

Pourquoi les femmes ou, plus précisément, les jeunes filles commencent-elles à fumer? Selon les résultats d'enquêtes de Santé et Bien-être social Canada, l'initiation au tabagisme se fait généralement entre 12 et 14 ans, tant chez les garçons que chez les filles. Pour la plupart, les raisons qui poussent les jeunes à fumer ont un caractère social : influence de la publicité, rôle joué par les modèles (la mère, en particulier), désir d'être accepté de ses pairs. Parmi les influences d'ordre psychologique, il convient de signaler le désir de s'identifier à l'adulte par l'usage du tabac, l'assimilation de l'usage du tabac à un «rite d'affranchissement» (Robb, 1986), l'utilisation de la cigarette dans la régulation du poids ou comme coupe-faim, et l'assimilation de l'usage du tabac à un symbole d'aptitude à prendre des risques, d'émancipation, de liberté et d'attrait sexuel (Gritz, 1984).

### *Cigarettes à faible teneur en nicotine*

Même s'il n'existe pas de facteurs physiologiques susceptibles d'exercer une influence sur l'initiation au tabagisme, les cigarettes dites légères ou douces produites spécialement par les fabricants à l'intention des adolescentes et des femmes permettent à l'organisme de la personne qui commence à fumer de s'adapter à l'usage du tabac. Selon Silverstein *et al.* (1980), la vente des cigarettes à faible teneur en nicotine facilite l'initiation au tabagisme des adolescentes. Même si les fabricants et les publicitaires se défendent bien d'avoir pris le marche des jeunes pour cible, il est un fait admis : l'industrie du tabac doit gagner les jeunes à l'usage du tabac pour demeurer prospère.

### *Influence de la publicité*

Dans une étude faite auprès d'enfants australiens, on a constaté que l'«approbation de la publicité de la cigarette» fournissait un très bon indice de la tendance éventuelle d'un enfant à fumer (O'Connell, 1981). Dans une autre étude menée auprès d'adolescents, on a constaté que les marques de cigarette qui faisaient l'objet d'une grande publicité étaient beaucoup plus souvent achetées par les fumeurs adolescents que par les fumeurs adultes (Chapman et Fitzgerald, 1982). Si l'on ajoute à cette observation le fait que les enfants de ce groupe d'âge ont généralement une connaissance moins précise des effets de l'usage du tabac sur la santé, on comprend que la publicité joue un rôle encore plus important dans l'initiation au tabagisme.

### *Influence de la famille*

Ellen Gritz (1986) a proposé un intéressant modèle de développement par lequel elle explique l'usage du tabac chez les adolescentes. Le processus d'initiation au tabagisme s'amorce par une étape de préparation ou d'anticipation au cours de laquelle l'influence des frères et soeurs et des parents joue un rôle déterminant dans l'évolution de l'attitude à l'égard de l'usage du tabac. C'est à cette étape que l'influence des modèles a les conséquences les plus marquées. C'est égale- ment à cette étape que les adolescentes s'initient aux comportements liés à l'usage du tabac, s'habituent à l'odeur et à la vue des cigarettes, et apprennent les attitudes et les mouvements liés à l'usage de la cigarette.

Par ailleurs, nous disposons aujourd'hui de sérieuses preuves de l'influence exercée par des parents qui fument ou qui permettent à leurs enfants de fumer. Dans une étude faite en Norvège, par exemple, on a montré que 62,5 % des étudiants de 15 ans dont les parents étaient des fumeurs fumaient eux-mêmes tous les jours si leurs parents le leur permettaient, mais que cette proportion passait à 16,7 % dans les familles où les enfants n'étaient pas autorisés à fumer (Bjartveit, Lochsen et Aaro, 1981, p. 407). En Allemagne, enfin, on a constaté l'importance des cinq premières années de la vie et le rôle joué pendant cette période par l'usage du tabac chez la mère dans la prise de conscience de la cigarette par les enfants des deux sexes (Schwarz, 1983).

### *Pressions exercées par les pairs*

C'est à l'étape de l'initiation ou des expériences, quand la jeune fille fume ses premières cigarettes, que l'influence des pairs est la plus importante de toutes. En effet, les premières cigarettes sont généralement fumées en compagnie de camarades, et le fait pour une adolescente d'avoir des camarades qui fument est probablement le meilleur indicateur de sa tendance éventuelle à fumer. Cette première initiation au taba-

gisme avec des pairs se fait le plus souvent en compagnie de personnes du même sexe. À l'adolescence, fumeurs et non-fumeurs tendent à former des groupes distincts.

Une fois que la jeune fille a appris comment fumer, elle passe par une période d'usage expérimental du tabac au cours de laquelle son image de soi comme fumeuse se renforce. Au début, la jeune fumeuse doit s'adapter aux effets physiologiques de la nicotine; ce faisant, elle cherche une marque qui lui convienne. La publicité exerce à cette étape un effet prodigieux sur le choix d'une marque. Une fois que la phase des expériences est terminée, l'adolescente s'est habituée aux effets de la nicotine, la dépendance à l'égard du tabac commence à s'établir, une habitude s'installe et d'autres fonctions de la cigarette – régulation du poids, coupe-faim – entrent en jeu.

### *Image de soi et schéma corporel*

L'initation au tabagisme doit être étudiée à la lumière des résultats d'études plus générales sur le comportement et les caractéristiques des adolescentes. Une étude qui portait sur des adolescentes fréquentant des écoles du conseil scolaire de London a montré que 2 adolescentes sur 3 avaient déjà suivi un régime à l'âge de 13 ans et que 30 % d'entre elles avaient eu recours à des mesures radicales comme l'absorption de drogues, de laxatifs, de vomitifs, etc. (Brooks et Chansonneuve, 1986). Phénomène caractéristique, la participation à des activités sportives et physiques de ces jeunes filles a sensiblement diminué à l'âge de 13 et 14 ans. Les adolescentes étaient fières de leur entregent et de leurs aptitudes sociales : capacité d'être de bonnes amies, de parler à des amies, d'être d'une compagnie agréable, d'être loyales. Globalement, trois grandes caractéristiques des adolescentes sont révélatrices d'un contexte dans lequel l'initiation à l'usage du tabac peut se faire facilement; ce sont : l'importance du groupe des pairs, le désir d'atteindre un idéal de minceur, la perte d'intérêt à l'égard de l'activité physique et des sports.

L'adolescence marque pour la jeune fille le commencement d'un processus qui consiste à confier la conduite de sa vie à des éléments extérieurs comme les professeurs, la famille, la chance, la foi. Non seulement ce trait distingue-t-il les jeunes filles des jeunes garçons, qui sont davantage portés à expliquer leurs succès par des caractéristiques ou des facteurs personnels, mais ces différences en matière d'intériorité et d'extériorité du centre de contrôle persiste chez les hommes et les femmes parvenus à l'âge adulte (Tavris et Offir, 1977, p. 189). C'est par conséquent dans ce cadre qu'il importe d'étudier la question de l'initiation au tabagisme des jeunes filles.

### *Processus d'interaction*

Abelin (1983) utilise un intéressant modèle épidémiologique pour expliquer l'initiation de l'enfant à l'usage du tabac et clarifier l'interaction entre le milieu, l'hôte (l'enfant) et l'agent (la cigarette). La possibilité d'obtenir des cigarettes et l'attrait exercé par le tabac jouent un rôle important dans l'initiation au tabagisme. En ce qui concerne le milieu, les modèles offerts à la maison, à l'école, par les camarades et par la publicité, exercent une influence déterminante. Pour ce qui est de l'enfant elle-même, enfin, l'image qu'elle a d'elle-même, ses rapports avec d'autres à l'égard d'activités relatives aux droits des non-fumeurs, sa connaissance des effets de la cigarette sur la santé et sa capacité de décoder la publicité constituent tous des facteurs importants dans l'initiation à l'usage du tabac.

## B. Prévention

Le travail de prévention associé aux programmes d'éducation vise dans une large mesure les enfants et les adolescents. Il repose sur l'hypothèse selon laquelle on pourra réduire la prévalence du tabagisme chez les adultes en évitant que les enfants soient eux-mêmes initiés à l'usage du tabac. Même si cette prémisse semble logique, elle n'en demeure pas moins une hypothèse, et, ainsi que le signale Donald Reid (1983, p. 136) «il se peut fort bien que, en abaissant le nombre d'enfants qui commencent à fumer, on ne fasse que reporter l'initiation à l'usage du tabac». De toute évidence, cette question mérite d'être approfondie.

### *Programme scolaire*

Depuis 1979, les statistiques montrent que l'usage du tabac chez les enfants a diminué dans de nombreux pays (Reid, 1983). Dans la plupart des cas, les efforts ont porté sur les programmes scolaires de même que sur l'amélioration et l'extension de la portée des programmes d'éducation relatifs à l'usage du tabac. Ces mesures ont principalement visé les enfants de 6 à 14 ans; elles ont notamment pris les formes suivantes : renseignements sur les effets du tabac sur la santé,

acquisition de mécanismes de résistance à la publicité, développement de la confiance en soi pour faire face à la pression des pairs, jeux et exercices propres à stimuler l'enfant. Souvent, on apprend aux enfants à reconnaître les influences jouées par la publicité et les pressions sociales pour qu'ils sachent y résister. Même si ces efforts ont dans bien des cas été artificiels à certains égards ou qu'ils aient présenté des faiblesses méthodologiques, ils n'en ont pas moins donné des résultats statistiquement significatifs. En gros, les projets liés aux programmes scolaires ont été considérablement améliorés au cours de la dernière décennie et ils ont permis aux enfants d'acquérir de précieuses connaissances (Reid, 1983).

Les résultats de ces études doivent cependant être évalués dans un cadre social plus global. Au cours des dix dernières années, la prévalence du tabagisme chez les adultes a diminué dans la plupart des pays industrialisés au fur et à mesure que les données sur les effets du tabac sur la santé se précisaient et que la tolérance du public à l'égard de l'usage du tabac évoluait. Il est moins facile de déterminer avec précision la nature des facteurs qui contribuent à réduire l'initiation des enfants au tabagisme.

### *Disponibilité*

Compte tenu des inquiétudes que soulève la disponibilité des cigarettes, l'adoption et l'application systématique de lois plus sévères sur la vente de cigarettes à des mineurs pourraient avoir une grande influence, en empêchant les enfants de s'initier à l'usage du tabac.

Au Manitoba, on a vendu en 1985 pour 1 million de dollars de cigarettes à des jeunes. De plus, l'Association pour la défense des droits des non-fumeurs estime que les jeunes Canadiens achètent pour 260 millions de dollars de cigarettes par an (McInnes, 1987). Ces chiffres montrent bien que les enfants ont facilement accès aux produits du tabac, tant dans les points de vente au détail que par l'intermédiaire des distributrices.

### *Le milieu*

Les facteurs propres au milieu comme l'existence de zones pour fumeurs ou la présence de cendriers peuvent également exercer une influence déterminante sur l'initiation au tabagisme (Abelin, 1983, p. 246). Les programmes d'éducation conçus pour éviter l'initiation des enfants au tabagisme, mais destinés aux parents et aux enseignants et comportant des renseignements frappants sur l'âge d'initiation à l'usage du tabac et l'influence du milieu sur les enfants peuvent également exercer un effet marqué sur le comportement des enfants en cette matière. Comme les enfants et les adolescents sont très sensibles à la publicité (Chapman, 1985), une interdiction totale de la publicité des produits du tabac profiterait sans doute tout particulièrement à ce groupe d'âge.

Après qu'on ait interdit la publicité des produits du tabac en Norvège, en 1975, les chiffres relatifs à la consommation du tabac et à la prévalence du tabagisme ont rapidement diminué chez les adolescents. En 1980, les taux s'étaient améliorés, particulièrement chez les jeunes filles, le taux des adolescentes redevenant inférieur à celui des adolescents (Bjartveit, Lochsen et Aaro, 1981, p. 410).

### *Inversion de la pression des pairs*

Une intéressante étude australienne des programmes sur les conséquences sociales de l'usage du tabac institués dans les écoles secondaires a montré que la pression des pairs et l'«intention de fumer un jour» constituaient de bons indicateurs de la tendance éventuelle au tabagisme des adolescentes (Fisher, Armstrong et de Klerk, 1983). Même si les programmes dirigés par des professeurs ont eu un effet positif sur les enfants des deux sexes, les projets de nature identique dirigés par des pairs ont eu d'aussi bons effets sur les jeunes filles, mais ont semblé inefficaces auprès des jeunes garçons. Il se peut donc que l'inversion de la pression des pairs offre des possibilités auprès des jeunes filles, et on devrait en tenir compte dans les programmes conçus précisément pour éviter l'initiation des adolescentes au tabagisme.

En conclusion, les efforts de prévention doivent continuer de viser les jeunes enfants et les adolescents, même si ceux-ci ont déjà commencé à s'initier à l'usage du tabac. La prévention doit principalement avoir un caractère éducatif et chercher à améliorer les connaissances des enfants sur les effets du tabac sur la santé et leur aptitude à résister à la pression de leurs pairs, à l'influence de la publicité et au rôle joué par le milieu. Il importe cependant que la coordination de ces mesures de prévention fasse l'objet d'une approche communautaire globale. On devrait s'intéresser tout autant à rendre plus sévères les lois relatives à la vente et à la publicité des produits du tabac, à améliorer la législa-

tion sur les zones où la consommation de tabac est interdite ainsi qu'à d'autres mesures environnementales de portée plus générale. Prises ensemble, ces mesures auront sans aucun doute des effets sur les adolescents et les jeunes enfants, de même que sur l'ensemble de la population. L'adoption, en milieu scolaire, de meilleurs programmes de prévention et d'éducation demeurera cependant inutile tant que les enfants resteront exposés à une publicité habile et influente à l'extérieur de l'école, et tant que leurs parents demeureront mal informés et permissifs.

Il nous reste toutefois à répondre à une importante question : en évitant que les enfants commencent à fumer, contribue-t-on à réduire concrètement le nombre de jeunes femmes (ou de jeunes adultes en général) qui s'initient à l'usage du tabac? Cette question mérite de faire l'objet d'une analyse particulière.

## C. Perspectives d'action

8. Il importe de poursuivre les efforts engagés dans :

   a) l'adoption de lois visant à interdire la promotion et la publicité des produits du tabac;

   b) la modification des lois relatives à la vente des produits du tabac à des mineurs, dont l'imposition de peines plus sévères;

   c) la préparation de programmes de sensibilisation à l'intention des détaillants, pour les informer de la législation relative à la vente de produits du tabac aux mineurs;

   d) l'adoption de lois interdisant la vente de produits du tabac au moyen de distributrices, afin d'en restreindre l'accès aux enfants.

9. On devrait étudier la possibilité de mettre sur pied :

   a) un programme de sensibilisation des parents qui porterait sur les influences du milieu et les facteurs sociaux et psychologiques qui exercent une influence sur l'initiation des adolescentes à l'usage du tabac et sur les mesures que les parents peuvent prendre pour améliorer la situation;

   b) des programmes de santé en milieu scolaire à l'intention des jeunes filles dans le cadre desquels des questions comme l'image de soi, les schémas corporels, les troubles alimentaires, la consommation abusive de certaines substances, l'inactivité physique, la dépendance affective, l'utilisation de contraceptifs et l'usage du tabac seraient mises en rapport les unes avec les autres et replacées dans leur contexte;

   c) un musée mobile d'objets et de matériel publicitaire relatifs à l'usage du tabac, pour éduquer le grand public – mais surtout les enfants – et placer l'usage du tabac dans un contexte historique.

10. Il faudrait encourager et promouvoir les recherches visant à :

    a) approfondir les rapports entre les troubles alimentaires et l'usage du tabac chez les jeunes filles;

    b) déterminer si les mesures visant à prévenir l'initiation des jeunes filles et des adolescentes au tabagisme ont un effet permanent ou si elles ne font que reporter l'usage du tabac à l'âge adulte.

11. On devrait poursuivre les efforts déployés jusqu'ici pour amener les ministères provinciaux de l'Éducation à exiger des conseils scolaires qu'ils interdisent l'usage du tabac dans toutes les écoles.

# *Chapitre 4*

## A. Conservation de l'habitude de fumer chez les femmes

Une fois qu'elles ont commencé à fumer, pourquoi les jeunes filles et, par la suite, les femmes, continuent-elles de fumer? Les études dans le cadre desquelles on a cherché à analyser les raisons qui poussent les adolescents âgés à fumer offrent à cet égard un intérêt tout particulier. Pederson et Lefcoe (1985) ont étudié les dossiers scolaires d'un groupe d'adolescents des deux sexes (dont l'âge moyen était de 17 ans). Le groupe avait déjà fait l'objet d'une étude 10 ans plus tôt, alors que les enfants se trouvaient en 4e, 5e ou 6e année. En général, les fumeurs de ce groupe étaient des élèves «âgées, de sexe féminin, qui étaient moins bien renseignées que les autres sur l'usage du tabac et plus favorablement disposées à son égard, qui avaient plus de camarades et de parents qui fumaient, qui avaient un physique moins attirant que les autres, qui étaient en moins bonne condition physique, qui réussissaient moins bien à l'école et qui avaient des parents moins scolarisés et de statut socio-économique inférieur» (Pederson et Lefcoe, 1985, p. 232). Fait à signaler, l'étude a également montré que, chez les adolescentes âgées, le meilleur indicateur de la tendance à fumer était «l'attitude à l'égard du tabac», alors que chez les jeunes hommes, c'était l'usage du tabac chez les pairs. À un âge plus précoce, l'usage du tabac chez les pairs ou l'attitude des pairs à l'égard de l'usage du tabac avaient constitué de meilleurs indicateurs de la tendance à fumer des personnes de sexe féminin. Cela donne à penser que les raisons qui poussent les jeunes femmes à fumer sont assez rapidement «intériorisées».

La conservation de l'habitude de fumer est une étape importante de la formation du comportement du fumeur et, à ce titre, elle mérite d'être étudiée comme telle. Il est utile à cet égard de grouper en trois catégories les facteurs qui agissent sur la conservation de l'habitude de fumer : les facteurs sociaux, les facteurs psychologiques et les facteurs physiologiques.

Les facteurs psychologiques comprennent la crainte de prendre du poids, le désir de maintenir son poids en fumant, l'usage de la cigarette pour se détendre ou comme source de gratification immédiate, et un besoin sociopsychologique d'utiliser la cigarette à l'appui de son image.

Les facteurs sociaux continuent de comprendre les amis, les partenaires et les membres de la famille qui fument, la présence de camarades fumeurs et l'existence de zones pour fumeurs en milieu de travail, l'influence de la publicité des produits du tabac visant les jeunes femmes et les femmes en général, ainsi que la production et la promotion de produits du tabac qui s'adressent spécifiquement au marché des femmes.

Les facteurs physiologiques, enfin, commencent à jouer un rôle dans la conservation de l'habitude de fumer. Une fois qu'une jeune fille est devenue une fumeuse par habitude, son corps s'accoutume à des doses régulières de nicotine, et il se développe chez elle une dépendance à l'égard du tabac. La consommation simultanée d'alcool, de café ou d'autres produits contenant de la caféine, et de cigarettes produit un ensemble synergique d'influences sur le corps qui devient associé à l'habitude de fumer (Carmody *et al.*, 1985, p. 332).

Les principales raisons qui poussent les femmes à continuer de fumer en dépit de l'intolérance croissante de la société et de la sensibilisation accrue des fumeuses à l'égard des dangers que présente la cigarette pour leur santé continuent de nous échapper. Toutefois, les influences psychologiques, physiologiques, pharmacologiques et sociologiques s'unissent manifestement les unes aux autres pour favoriser la conservation de l'habitude de fumer, dans un cadre de facteurs extérieurs comme la publicité, la promotion et la fabrication de produits du tabac spécialement destinés aux femmes.

Il importe toutefois de savoir que, au fur et à mesure que les jeunes filles deviennent des jeunes femmes, les raisons qui les poussent à fumer semblent changer. Selon Pederson (1986, p. 37), «la conservation de l'habitude de fumer ne tient pas tant à des facteurs d'ordre social qu'à des raisons individuelles, personnelles». Il s'ensuit que, même si les messages à caractère social ou les messages de promotion de la santé continuent de jouer un rôle important dans les

campagnes d'éducation axées sur la conservation de l'habitude de fumer, le domaine des messages d'ordre personnel reste à explorer. Ces messages devraient s'attaquer directement à la question de la dépendance à l'égard du tabac, au sens le plus large du terme.

### *Influences psychologiques*

Dans le domaine psychologique, des auteurs ont émis l'hypothèse que l'usage du tabac chez les femmes est une forme de réaction à la colère (cf. Beckwith, 1986, par exemple). Dans un travail connexe, Beckwith a observé que, pour la fumeuse adulte, «la cigarette est plus importante que les aliments ou l'alcool» (1986, p. 1087). Cela prouve peut-être que la cigarette remplace la nourriture, sert de coupe-faim ou d'adjuvant dans la conduite d'un régime amaigrissant. Compte tenu des pressions culturelles auxquelles elles sont soumises, les femmes aspirent à garder un poids idéal et à atteindre une minceur irréaliste, et elles craignent par conséquent de prendre du poids en arrêtant de fumer. Même si l'on a fait des travaux intéressants dans ce domaine (cf. Grunberg, 1985, par exemple), il reste des recherches à faire pour établir exactement quand et comment le poids d'une personne qui arrête de fumer change. Alors seulement pourrait-on recommander aux femmes (et aux hommes) des moyens d'éviter cet effet secondaire de l'abandon du tabac.

Le travail d'éducation le plus important, cependant, reste la redéfinition du poids idéal de la femme. Les travaux dans ce domaine pourraient contribuer à aider les femmes à mieux accepter leur corps – et, par conséquent, à avoir une meilleure image d'elles-mêmes. Remettre en question l'idéal de minceur actuel contribuerait à dissiper chez bien des femmes la crainte qu'un abandon de la cigarette ne se traduise par une augmentation du poids. À cet égard, on aurait sans doute intérêt à diffuser des messages éducatifs dans lesquels les aspects oppressifs des régimes amaigrissants et de l'usage du tabac seraient mis en rapport.

L'idée que les femmes fument pour ressembler aux hommes ou pour bénéficier des mêmes avantages que les hommes a été vertement critiquée par de nombreux penseurs féministes (cf. Jacobson, 1986, par exemple). Souvent, cette hypothèse a été fondée sur des analyses de tendances superficielles et intuitives. En fait, une étude réalisée en Norvège (Eide, 1983) a montré que les Norvégiennes les plus émancipées sont plus susceptibles d'être des non-fumeuses. La question qui devrait être étudiée d'une manière beaucoup plus approfondie est celle des attentes sociales imposées aux femmes, attentes qui déterminent chez celles-ci le besoin de continuer de fumer. Une telle étude devrait comporter une analyse des inégalités dont souffrent les femmes dans notre société (accroissement considérable de la charge de travail qu'entraîne l'entrée des femmes dans la population active rémunérée, lourde responsabilité qu'ont les femmes d'assurer la sécurité affective de l'unité familiale, impossibilité pour les femmes d'extérioriser leur colère d'une manière socialement acceptable, etc.). Bref, les femmes doivent être vues dans notre société comme un groupe distinct des hommes sous le rapport de leur statut social. Tant que ce principe ne sera pas admis, notre compréhension des raisons qui poussent les femmes à continuer de fumer et à refuser d'arrêter de fumer demeurera incomplète.

Il serait également important, dans le cadre de ces recherches, de recueillir des données qualitatives auprès de fumeuses invitées à analyser leur comportement. Ces renseignements pourront nous donner des ouvertures sur la signification pour les femmes de l'usage du tabac et, ainsi, nous aider à produire du matériel éducatif efficace, pour ce groupe cible précis.

### *Usage du tabac comme exutoire*

L'usage du tabac comme exutoire a été étudié d'une manière approfondie par Revell *et al.* (1985) au Royaume-Uni. Ces auteurs en arrivent à la conclusion que les «aspects sociaux» de l'usage du tabac deviennent moins importants au fur et à mesure que l'habitude se développe. Ainsi, plus la dépendance à l'égard du tabac augmente, moins l'importance de l'image véhiculée par la marque et la teneur de la publicité ont d'effet. Les mêmes auteurs ont observé que plus le nombre d'années d'usage du tabac augmente, plus la consommation s'étale du matin au soir, la semaine comme la fin de semaine, alors qu'elle est concentrée dans la soirée chez les personnes qui commencent à fumer (Revell *et al.*, 1985, p. 223).

Mais la principale conclusion à laquelle ces auteurs sont arrivés concerne une intéressante différence d'ordre sexuel. La plupart des fumeurs de sexe masculin font face à leur stress en recourant à des moyens personnels, par exemple en faisant un classement de leurs problèmes ou en réglant leurs problèmes à l'aide de drogues (nicotine comprise). Bien que tous

les fumeurs étudiés consommaient davantage d'alcool, de thé et de café que les non-fumeurs, les femmes observées dans cette étude avaient davantage tendance à faire face à leurs problèmes en en parlant à d'autres – parents, amis, médecins, par exemple – qu'en ayant recours à des moyens personnels.

On peut déduire de cette observation que les hommes arrivent peut-être plus souvent que les femmes à trouver des moyens personnels de toutes sortes – négatifs ou positifs – pour résoudre leurs problèmes. Cela peut expliquer les succès obtenus par les hommes dans les programmes de renoncement au tabac qui font appel à l'initiative personnelle. Il se peut également que les femmes aient besoin de consulter autrui, de partager des expériences avec d'autres et de savoir ce que les autres pensent d'elles afin de changer leur comportement ou, tout simplement, de faire face aux problèmes de la vie. On devrait tenir compte de cet aspect des choses au moment de repenser les programmes d'abandon du tabac destinés aux femmes.

Pour certains auteurs, et notamment pour Revell *et al.* (1985) et pour Hadaway et Beyerstein (1986), l'usage du tabac est un comportement fonctionnel. C'est de cette façon qu'il faut voir l'usage du tabac comme moyen de faire face aux difficultés de la vie au moment d'analyser la phase au cours de laquelle les femmes conservent l'habitude de fumer. Ce concept est utile, non seulement dans la planification des programmes d'éducation et de renoncement au tabac, mais aussi dans la compréhension des raisons qui poussent les femmes à fumer. Par exemple, si l'usage du tabac est un exutoire fonctionnel, il peut servir de soupape de sûreté aux effets des inégalités dont les femmes sont victimes, tant à la maison qu'au travail et dans la société en général. Accepter la valeur fonctionnelle de l'usage du tabac comme exutoire nous offre la possibilité de voir en quoi il faudrait modifier d'autres aspects de la vie des femmes pour obtenir un programme d'abandon du tabac qui soit efficace.

### *Tristesse, moments difficiles de la vie et usage du tabac*

Une enquête menée auprès de 978 fumeuses adultes de la Nouvelle-Zélande (Chetwynd, 1986) a révélé que les fumeuses venaient le plus souvent de familles de travailleurs manuels, qu'elles avaient «des problèmes familiaux et des symptômes de dépression» et qu'elles faisaient un usage abusif d'autres substances entraînant une accoutumance. Il est également intéressant de noter, toutefois, qu'on a montré, dans la même étude, que, pour chacun des indicateurs qui correspondaient à des niveaux de difficultés ou de bien-être, les fumeuses étaient plus malheureuses que les non-fumeuses. L'étude confirme également l'importance de l'influence de la mère fumeuse et la moindre importance du père fumeur comme indicateur de la tendance à fumer des jeunes filles (1986, p. 15). Comme la plupart des femmes observées dans cette étude travaillaient à la maison, les niveaux de classe ont été déterminés en fonction de la profession antérieure des répondantes. Cette enquête est importante en ce qu'on y décrit un groupe de fumeuses en des termes qui sont bien différents de l'image que donne la publicité de la fumeuse. Que ce soit sur le plan social, psychologique ou économique, l'image de la vie présentée dans la publicité des produits du tabac est bien différente de celle que cette enquête a mise en évidence.

Les résultats d'une enquête nationale sur les pratiques d'hygiène personnelle et leurs conséquences qui a été menée aux États-Unis en 1979 par le *National Centre for Health Statistics* ont permis de dégager un certain nombre de caractéristiques intéressantes, non pas uniquement à l'égard des fumeuses, mais aussi à l'égard des pratiques d'hygiène des femmes en général. Gottlieb et Green (1984) ont utilisé les résultats de cette enquête pour analyser les réseaux sociaux et les pratiques d'hygiène des femmes. Apparemment, les inégalités en matière de santé seraient associées aux expériences difficiles de la vie et à la capacité de chacun d'y faire face (d'une manière négative ou positive). En d'autres termes, le stress associé au fait d'être pauvre, jeune, célibataire, de sexe féminin, etc. est produit par des événements désagréables, indésirables ou sur lesquels l'individu n'a aucun moyen d'agir. Selon ce modèle, les femmes, les pauvres et les personnes peu instruites sont particulièrement exposés à avoir des problèmes de santé. Dans cette étude, les personnes le plus exposées aux événements stressants et dont le comportement en matière de santé était le moins positif étaient les femmes les plus pauvres. Les non-fumeuses avaient plus tendance à être mariées et pratiquantes et moins tendance à consommer de l'alcool que les fumeuses. Même si l'élargissement des réseaux sociaux (par le biais du mariage, par exemple) exerce une influence positive sur l'abstention de l'usage du

tabac, Chetwynd (1984, p. 15) a montré plus précisément que, pour une femme, le fait d'avoir un partenaire qui fume est un très bon indicateur de sa propre tendance à fumer. Ces observations n'impliquent pas nécessairement une contradiction; l'article de Chetwynd fournit néanmoins une analyse qui est davantage axée sur la dynamique de la famille et ses rapports avec l'usage du tabac chez les femmes.

### *Influences sociales*

Il importe de comprendre le processus de socialisation et les théories d'apprentissage social qui ont été avancées pour expliquer l'initiation au tabagisme, la conservation de l'habitude de fumer et le renoncement au tabac, dans la mesure où la socialisation ne s'arrête pas à l'adolescence, mais dure toute la vie. C'est pourquoi l'étude de l'expérience des fumeuses, jeunes ou adultes, dans cette perspective demeure une avenue d'analyse et de recherche fructueuse. Bien qu'on ait postulé à juste titre que l'influence des pairs et d'autres facteurs sociaux est particulièrement marquée à l'adolescence, on peut également supposer que les femmes adultes sont aussi soumises à des influences sociales. Gottlieb (1982, p. 596) estime que «l'usage du tabac peut évoluer à la suite d'événements comme un mariage, la naissance d'un enfant, un divorce ou l'entrée sur le marché du travail».

Dans une étude menée à Boston auprès de femmes en âge de fréquenter le collège, Gottlieb a montré l'importance du rôle joué par les modèles des jeunes femmes – les parents et les pairs du même sexe – à l'égard de l'initiation au tabagisme et de la conservation de l'habitude de fumer. Non seulement les pairs du même sexe influencent-ils le milieu en incitant les autres à fumer ou en mettant des cigarettes à leur disposition, mais l'acte de fumer lui-même peut accroître le degré d'intimité et de solidarité du groupe. Cette puissance du groupe des pairs a des conséquences manifestes sur la résistance des jeunes femmes à l'abandon du tabac.

### *Classe, profession et tabagisme*

L'aspect le plus frappant de l'usage du tabac chez les femmes est le rapport qui existe entre le tabagisme, la classe sociale et la profession. Les femmes qui appartiennent aux classes inférieures, les travailleuses manuelles et les employées de bureau sont plus portées à fumer que les femmes de la classe moyenne ou de la couche supérieure de la société. Comme les femmes sont surreprésentées dans les professions de la classe inférieure et de la classe moyenne, ce phénomène a une importance toute particulière dans l'analyse de la question du tabagisme chez les femmes. Une étude de Sorenson et Pechacek (1986) a montré que cette relation est si marquée que la prévalence du tabagisme par sexe diffère nettement d'une catégorie professionnelle à l'autre (1986, p. 364). S'appuyant sur une étude de plus de 3 000 travailleurs de Minneapolis, Sorenson et Pechacek ont montré que les travailleurs manuels et les travailleurs intellectuels (professions libérales et gestion) présentaient de nettes différences au chapitre des taux de consommation de tabac et de leur désir de renoncer au tabac. Dans cette étude, le meilleur indicateur global du désir de renoncer au tabac et de la prévalence du tabagisme était la profession, et non le sexe.

Les femmes qui travaillent sont exposées à des stress différents de ceux des hommes, en raison des pressions que leur imposent leur travail rémunéré et leur travail non rémunéré et en raison d'autres conflits liés à leur rôle. Ces facteurs sont à l'origine de stress professionnels dans toutes les couches socio-économiques et non seulement dans les classes inférieures. Toutefois, la concentration des Canadiennes dans les groupes professionnels de statut inférieur, l'exercice par les femmes de métiers manuels autrefois réservés aux hommes et la concentration traditionnelle des femmes dans certains «ghettos professionnels» – les soins infirmiers, l'enseignement, le secrétariat – sont autant d'indices d'une exposition disproportionnée des femmes à des stress professionnels susceptibles de les pousser à fumer. De plus, ainsi que nous l'avons vu au chapitre 2, les chômeurs et les personnes qui reçoivent une forme ou une autre d'aide sociale présentent généralement un taux de tabagisme supérieur à la moyenne (Hay, 1984). Dans le cadre d'une enquête s'appuyant sur des données du recensement de la Nouvelle-Zélande et dont Hay (1984) rapporte les résultats, on a observé que c'était chez les chômeurs que la proportion des fumeurs était la plus élevée (56 % dans le cas des hommes et 52 % dans celui des femmes). Ces tendances tiennent vraisemblablement au stress lié à la profession ou au statut de ces personnes, qui est engendré par l'insécurité ou le caractère imprévisible de leur vie professionnelle ou par leur incapacité d'avoir prise sur leur vie professionnelle.

De plus, il faut supposer que, dans la mesure où les efforts d'éducation en matière de santé sont axés sur les classes moyennes et supérieures, certains de ces groupes n'ont peut-être pas été touchés, soit en raison de la nature des messages, soit parce qu'ils n'avaient pas les connaissances ou l'instruction voulues pour les comprendre. La surreprésentation des femmes dans ces catégories professionnelles ou comme bénéficiaires de l'aide sociale mérite à cet égard d'être signalée.

À titre de profession de la santé dominée par les femmes, la profession infirmière a été étudiée de près par les chercheurs du domaine de la santé ou ceux qui s'intéressent à l'usage du tabac. Même si les infirmières ont été injustement taxées de fumer plus que les femmes en général, alors que la prévalence du tabagisme est sensiblement la même chez les infirmières que chez le reste des femmes, leur situation n'en demeure pas moins unique. En effet, le personnel infirmier ne se compare pas très favorablement aux autres travailleurs du domaine de la santé quand on analyse son taux de renoncement au tabac (Stellman et Stellman, 1981, p. 30). Pour un groupe professionnel dont on pourrait s'attendre qu'il soit fort sensibilisé aux conséquences de l'usage du tabac sur la santé, le personnel infirmier fait bien piètre figure à cet égard. Il convient toutefois de signaler que, dans bien des études de la prévalence du tabagisme au sein du personnel infirmier, les calculs portaient également sur les garde-malades et les infirmiers ou infirmières auxiliiliaires autorisés, ce qui contribuait manifestement à fausser les taux observés, dans la mesure où on peut s'attendre à ce que la prévalence du tabagisme soit plus élevée au sein du personnel infirmier de statut inférieur qu'au sein du personnel infirmier de statut supérieur.

Dans un important article présentant les résultats d'une enquête sur les infirmières et les infirmiers du Royaume-Uni, Hawkins *et al.* (1982) dissipent un certain nombre d'idées reçues au sujet du tabagisme chez les infirmières. Ils ont en effet constaté que les infirmières fument légèrement moins, et les infirmiers sensiblement plus que leurs homologues dans l'ensemble de la population (Hawkins, 1982, p. 21). Pour expliquer le comportement à l'égard du tabac de cet échantillon de 50 000 infirmières et infirmiers, les auteurs ont utilisé un modèle fondé sur le stress. Ainsi, les personnes qui travaillent en milieu hospitalier ont trouvé que les postes de nuit, le travail en psychiatrie ou en salle d'urgence, les examens des écoles de sciences infirmières et les surcharges de travail étaient autant de facteurs de stress professionnel. Fait à signaler, 38,9 % des infirmières et infirmiers qui fumaient avaient pris l'habitude de fumer pendant leur formation, et 7,5 %, après avoir reçu leur diplôme (Hawkins *et al.*, 1982, p. 20). Cette observation a d'importantes répercussions sur la compréhension des phénomènes qui poussent à fumer ou à continuer de fumer. Elle porte à croire qu'il faudra pousser les recherches pour mieux comprendre les facteurs qui incitent les femmes adultes à l'usage du tabac dans certaines professions et certaines circonstances de la vie.

Le fait que les infirmiers et les infirmières qui oeuvrent en milieu communautaire présentent un taux de tabagisme bien inférieur à celui des infirmiers et des infirmières qui travaillent en milieu hospitalier confirme l'idée que l'emprise exercée sur le milieu de travail abaisse le niveau de tabagisme. Cela prouve que les personnes qui ont le sentiment d'avoir prise sur leur vie (c'est-à-dire sur le résultat de leurs actions et sur leur milieu) sont, en général, moins portées à fumer. Cette observation peut servir à expliquer la prévalence du tabagisme chez les chômeurs ou les assistés sociaux, chez les personnes victimes de violence (les femmes battues ou les victimes d'agressions sexuelles, par exemple) et dans certaines professions manuelles.

### *Les autochtones et le tabagisme*

Une comparaison de la prévalence du tabagisme des Indiennes et des Blanches fait bien ressortir le stress qu'entraîne le double désavantage de la discrimination raciale et de la discrimination sexuelle.

Après avoir fait une enquête auprès de 678 Indiens du Nord-Ouest de l'Ontario, McIntyre et Shah (1986) ont rapporté que plus de la moitié des membres de la population observée étaient des fumeurs. Une observation des habitudes selon le sexe a révélé que 48 % des Indiennes de l'échantillon fumaient (1986, p. 348). De plus, près de 70 % des femmes de 15 à 24 ans fumaient. Même si les hommes de l'échantillon fumaient plus que les femmes, la grande majorité des fumeurs avaient moins de 35 ans. Chez les filles et les garçons inuit des Territoires du Nord-Ouest, Millar et Van Rensburg (1983) ont observé des taux de tabagisme respectifs de 61 % et 55 %. Par ailleurs,

l'utilisation du tabac à chiquer ou à priser constitue un gravè problème chez les jeunes Inuit de sexe masculin. Chez les Inuit d'âge adulte, le taux de tabagisme des hommes et des femmes est respectivement de 81 % et 93 % (Rode et Shepherd, 1984). De même, les résultats de l'Enquête de 1985 sur la promotion de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest (Appendice A – Tableau K) révèlent que les taux de tabagisme des femmes inuit (78,6 %) et dénées (66,2 %) sont plus élevés que ceux des hommes. Ces chiffres révèlent que le problème de l'usage du tabac chez les autochtones du Canada, les femmes en particulier, est grave et qu'il risque de s'aggraver si l'on ne prend pas immédiatement des mesures qui visent spécifiquement cette population.

Il convient de noter que les autochtones font preuve d'une résistance particulière aux pressions des programmes antitabac. L'usage du tabac est assimilé à un héritage culturel des autochtones, et celui de l'alcool, à un héritage culturel des Blancs. Cela explique que les autochtones du Canada expriment l'intention de préserver leurs droits en matière d'usage du tabac. L'usage traditionnel du tabac a une connotation rituelle et religieuse qui explique que la consommation du tabac ne soit pas condamnée par la majorité.

Par ailleurs, il convient de signaler que les Amérindiens ont longtemps destiné le tabac à des usages rituels et médicinaux sans pour autant créer dans leur rang de nombreux fumeurs par habitude (Fairbanks, 1985). Toutefois, l'habitude relativement récente de fumer la cigarette tous les jours et la morbidité qu'elle a entraînée a incité des travailleurs indiens de la santé de l'Arizona à instituer des programmes d'éducation antitabac et une politique d'interdiction du tabac à l'hôpital Keams de la réserve des Indiens Hopi. Comme les leaders indiens sont de plus en plus sensibles aux dangers présentés par l'alcool dans la destruction de l'essence même de la vie indienne, il se peut qu'on en tire des liens utiles dans la promotion des programmes antitabac auprès des autochtones. Cette idée devrait être approfondie dans le cadre d'un programme d'éducation antitabac global et inspiré par les autochtones eux-mêmes.

## B. Programmes d'éducation à l'intention des fumeurs

■ ■ ■

L'adoption de programmes d'éducation relatifs aux conséquences de l'usage du tabac pour la santé et à des questions connexes est la principale mesure prise à l'égard des adultes qui conservent l'habitude de fumer. La diffusion de renseignements sur les conséquences de l'usage du tabac sur la santé des femmes demeure une tâche importante. Il est de plus en plus important, toutefois, de diffuser des messages éducatifs sur les mécanismes de la publicité des produits du tabac, la création et la fabrication de produits du tabac destinés aux femmes et aux adolescentes, la politique globale de commercialisation du tabac, l'évolution des moyens législatifs de réglementation du tabac, et de diffuser des statistiques actuelles sur la prévalence du tabagisme. Les messages de cette nature ne fournissent pas uniquement des données d'ordre sanitaire et politique à la fumeuse; ils lui rappellent également que la société canadienne est incontestablement sur la voie de se libérer de l'usage du tabac.

Ceux qui reconnaissent l'influence de la socialisation et des facteurs environnementaux sur les taux de tabagisme admettront combien il est important de diffuser des messages de cette nature. Logiquement, les fumeurs vont commencer à comprendre, avec l'expérience, que la possibilité qu'ils ont de fumer diminue, que l'usage du tabac est de moins en moins bien accepté par la société et que les occasions qu'ils ont de fumer avec des pairs, des camarades de travail ou des parents sont de moins en moins nombreuses. Au fur et à mesure que les messages de santé vont se raffiner, les fumeuses vont comprendre que les conséquences de l'usage du tabac pour la santé, particulièrement chez les personnes qui vieillissent, qui prennent des contraceptifs oraux ou qui sont exposées à certains facteurs de risques environnementaux ou professionnels, sont très réelles et que l'usage du tabac menace de plus en plus la santé des femmes. De plus, les messages d'éducation qui ont pour objet d'expliquer les raisons pour lesquelles les femmes fument et d'associer ces raisons à la situation sociale et professionnelle des femmes vont aider celles-ci à s'initier à la compréhension d'une analyse relativement nouvelle du tabagisme. Ces efforts d'éducation et l'adoption de mesures législatives de plus en plus sévères devraient

constituer la base de la réaction de la société à l'usage du tabac par les femmes.

Depuis toujours, les messages éducatifs adressés aux fumeuses concernent principalement les dangers du tabagisme pour la santé. Dans les années 1970, en particulier, les conséquences de l'usage du tabac sur l'apparence de la peau et la capacité de procréer étaient des thèmes favoris des campagnes antitabac adressées aux femmes. Il est aujourd'hui clairement établi (cf. Jacobson, 1981 et 1986, Greaves et Buist, 1986, etc.) que ces thèmes étaient bien peu appropriés. Non seulement ces campagnes étaient-elles – et sont toujours – avilissantes et paternalistes, mais encore manquaient-elles leur cible. De toute évidence, la majorité des femmes ne s'inquiètent pas des conséquences de l'usage du tabac sur une éventuelle grossesse et des complications susceptibles d'en résulter; de plus, bien des femmes – les plus jeunes, en particulier – ne témoignent qu'un intérêt passager à l'égard des effets à long terme sur la peau de l'usage du tabac. Plus récemment, on a commencé à diffuser des messages éducatifs dans deux autres domaines : la sensibilisation politique aux techniques publicitaires et l'analyse des raisons qui poussent les femmes à fumer. Ces analyses, et certaines analyses féministes du tabagisme, servent aujour'hui d'axes de réorientation des campagnes antitabac adressées aux femmes et aux adolescentes.

Comme ces efforts ne concernent pas précisément des questions de santé et qu'ils n'ont pas, de ce fait, un caractère personnalisé, les messages sur lesquels ils s'appuient portent sur des groupes plus vastes que la population des fumeurs. Ces nouveaux thèmes des messages d'éducation ont commencé à capter l'attention du mouvement pour la promotion de la santé des femmes, des mouvements de femmes et d'autres importants groupes de femmes, et ce, non seulement au Canada, mais dans d'autres pays industrialisés (Shear, 1985; Jacobson, 1986). Les organismes de lutte contre la maladie qui ont à adresser des messages aux femmes s'intéressent à ces nouveaux efforts d'éducation pour rendre leurs campagnes plus efficaces.

Le diminution du tabagisme chez les femmes dont il a été question au Chapitre 2 a été particulièrement importante chez les femmes dont le niveau de scolarité est le plus élevé (Millar et Wigle, 1986, p. 130). Cela donne à penser que les messages éducatifs ont jusqu'ici rejoint les femmes les plus instruites, les mieux renseignées ou qui exercent une profession qui leur permet d'avoir une plus grande emprise sur leur travail. Ces femmes ont sans doute un revenu plus élevé grâce auquel elles peuvent suivre des programmes d'exercice physique, mieux s'alimenter et prendre d'autres mesures qui ont une action favorable sur leur organisme. En fait, Mechanic et Cleary (1980) ont constaté, dans l'élaboration d'un indice des comportements à l'égard de la santé, que les femmes étaient beaucoup plus portées que les hommes à adopter des comportements sains. Toutefois, ils en sont également arrivés à la conclusion que l'aptitude d'une personne à adopter des comportements sains témoigne de sa faculté d'anticiper les problèmes, de mobiliser ses ressources et de faire face à ses problèmes. Ces aptitudes sont manifestement liées à la compétence sociale ou à l'emprise sur son milieu qu'une femme peut avoir du fait de son statut social.

### *Personnalisation des messages de santé*

Il est devenu nécessaire de produire des documents plus précis et d'une lecture plus facile sur les conséquences du tabagisme sur la santé des femmes. Ces documents devraient notamment porter sur les risques associés à l'usage combiné des contraceptifs oraux et du tabac, les risques de cancer du col de l'utérus associés à l'usage du tabac et aux expériences sexuelles précoces, les risques que présente l'usage du tabac pour les femmes de certains groupes professionnels à risque élevé, et les risques que présente l'usage du tabac pour les femmes enceintes et celles dont les parents ont pu souffrir de troubles cardiovasculaires ou respiratoires. Selon Gritz (1983, p. 307), il faut aujourd'hui créer des messages de santé où les risques sont présentés de manière plus personnalisée. Apparemment, les fumeurs semblent être moins bien informés des questions de santé que les non-fumeurs (Gritz, 1983, p. 307). On ne sait toutefois pas avec certitude si la chose tient principalement à un mécanisme de défense ou à l'inaccessibilité des messages de santé. Il n'en demeure pas moins, toutefois, que les fumeurs et les non-fumeurs continuent de méconnaître certaines des principales conséquences du tabagisme pour la santé. Comme l'amélioration de l'état de santé constitue l'objectif premier des programmes de réduction du tabagisme chez les femmes, cette question doit être examinée en priorité.

Dans les nouveaux messages de santé adressés aux fumeuses, on évitera à tout prix de culpabiliser ou d'accuser les victimes. De même, on évitera de faire porter aux femmes la responsabilité de la santé de leur partenaire ou de leurs enfants. Cette attitude n'est pas seulement néfaste en ce qu'elle ajoute au stress de la fumeuse, mais elle équivaut à ne pas reconnaître les raisons fondamentales du tabagisme et les obstacles structurels à l'abandon du tabac. La tâche consiste donc à créer des messages de santé qui visent à personnaliser davantage les risques associés au tabagisme tout en élargissant le sentiment de responsabilité sociale des fumeurs. L'équilibre à obtenir est bien délicat.

### *Développement du sentiment de responsabilité sociale*

Il semble aujourd'hui devenu nécessaire de trouver des thèmes et des explications du tabagisme qui fassent passer la responsabilité des fumeurs du domaine personnel au domaine social. En voici deux exemples. a) Réunir des renseignements accessibles dans le but d'exposer et d'expliquer le phénomène de l'exploitation de la femme dans la publicité et la conception de certains produits du tabac. L'exploitation de la femme dans la publicité n'est pas difficile à prouver; il suffit d'utiliser à cette fin des annonces et des messages publicitaires ou des extraits de revues professionnelles. Il serait sans doute assez facile d'intégrer ces renseignements à des dossiers éducatifs. b) Intégrer aux programmes d'éducation une analyse des raisons pour lesquelles les femmes fument. Même si l'on ne sait pas encore au juste pourquoi les femmes fument, on a relevé un certain nombre d'aspects du tabagisme chez les femmes qui pourraient être mis à profit dans les programmes d'éducation. D'autres aspects de l'expérience des femmes – surcharge de travail, rôles conflictuels, concentration dans certaines professions, etc. – pourront être mis en rapport avec le tabagisme. Cette approche pourrait aider les femmes à mieux accueillir les messages de santé, en atténuant leurs réactions de défense immédiates. On a réalisé des transferts analogues dans le cas des victimes de viol et des femmes battues, par exemple, en les amenant à comprendre que la responsabilité de la situation n'était pas une question d'ordre individuel, mais bien une question d'ordre social.

Pour gagner des appuis politiques et sociaux à la lutte contre le tabagisme chez les femmes, on devra énoncer des thèmes qui témoignent de l'inquiétude de la société à l'égard du problème. On devrait également diffuser des messages qui témoignent d'un réel souci de préservation de la santé des femmes comme ressource humaine. Au besoin, ces messages pourront être adressés à des groupes précis – les femmes autochtones ou les jeunes femmes, par exemple. Dans l'ensemble, toutefois, ils devraient faire état de la responsabilité de la société, tant à l'égard du problème qu'à l'égard de ses solutions. Dans tous les cas, on gardera à l'esprit les mots du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social : «L'attitude qui équivaut à donner tort à la victime est basée sur l'idée saugrenue que l'individu a un pouvoir total et ultime en matière de vie et de mort» (Jake Epp, *La santé pour tous*, 1986, p. 12).

### *Intégration des messages*

Il importe aujourd'hui d'énoncer des méthodes intégrées et de mettre à profit les anciennes méthodes d'éducation qui ont une incidence sur l'usage du tabac chez les femmes. En plus de mettre sur pied des campagnes axées spécifiquement sur divers groupes socioculturels de femmes, il faudrait essayer d'intégrer les messages sur le tabagisme et la santé aux initiatives et aux documents éducatifs actuels. À la manière de ce qui a été fait dans le domaine de l'intégration de messages sur le tabagisme et la santé au programme scolaire des jeunes, on devrait sérieusement essayer de diffuser des messages de cette nature auprès des femmes adultes. Il se peut qu'on ait à faire preuve d'imagination au moment de coordonner la diffusion de ces messages avec des groupes ou des associations de promotion de la santé principalement préoccupés par d'autres questions.

Par exemple, on ne devrait plus penser faire de conférences ou diffuser des renseignements sur les drogues sans y aborder le problème du tabagisme. Les efforts déployés par les groupes qui oeuvrent à la promotion de la santé des femmes méritent d'être appuyés et coordonnés si l'on veut que ces groupes soient en mesure de diffuser des renseignements et des conseils au sujet de l'usage du tabac chez les femmes. Les associations de santé et de sécurité au travail, les comités syndicaux et les ministères devraient tous assimiler le tabagisme à un problème de santé et de sécurité professionnelles. Les organismes qui offrent des services aux victimes de violence – les centres d'accueil de femmes battues, par exemple –

devraient prévoir des messages sur la dépendance à l'égard du tabac dans leurs programmes. Les associations d'autochtones devraient être encouragées à étudier la question de la signification culturelle du tabac et des conséquences actuelles de l'usage du tabac sur la santé. Il ne s'agit là que de quelques exemples de méthodes d'éducation plus globales et mieux intégrées qu'il importe d'adopter sans délai en cette matière.

### *Nouvelles méthodes de communication*

Il faudra de plus créer de nouvelles méthodes de communication ou en mettre à profit d'anciennes. Par exemple, les thèmes et les techniques de publicité qui ont séduit les femmes devraient être mis à profit dans les campagnes antitabac. Le thème récemment adopté pour la semaine nationale des non-fumeurs de 1988, «Toi et moi, c'est fini» en fournit un bon exemple. L'utilisation des panneaux d'affichage dans la diffusion de messages de santé à l'intention des femmes mérite d'être étudiée sérieusement. De même, on devrait examiner la possibilité de diffuser des messages dans les transports en commun ou les abribus. On devrait aussi étudier la possibilité de diffuser des messages de santé et des renseignements sur les femmes et le tabac sur des emballages, comme les contenants de lait ou de yogourt. L'inclusion avec les chèques d'allocations familiales d'un dépliant qui présenterait des renseignements de base sur le tabagisme et les femmes ainsi que des conseils sur l'abandon du tabac mérite également d'être étudiée. Il ne s'agit là que de quelques exemples de moyens qu'on pourrait mettre à profit ou inventer pour commencer à intégrer des messages d'éducation positifs à d'autres aspects de la vie des femmes.

### *Diversification des sources de renseignements sur le tabagisme*

Il importe aujourd'hui de diversifier les sources de renseignements sur l'usage du tabac à l'intention des femmes. En plus de s'intéresser à la spécificité socio-culturelle des messages et à la nécessité de les adresser à des groupes de plus en plus précis, il importe qu'on se sensibilise à l'effet exercé par la source des messages éducatifs. Un message émanant d'une association médicale sera perçu différemment d'un message émanant d'une amicale autochtone, même si la teneur des deux est identique. Cette diversification des sources des messages éducatifs relatifs à l'usage du tabac contribuera à rendre ces messages plus accessibles, et les populations visées, plus réceptives. De plus, la diversification contribue à intégrer au réseau des organismes préoccupés par l'usage du tabac chez les femmes un large éventail de personnes et de groupes qui s'en étaient jusqu'ici exclus. Cette approche détermine un engagement collectif qui est plus susceptible d'éveiller des résonances chez certains groupes cibles. De plus, elle deviendrait le symbole d'une adhésion collective à la volonté d'atténuer le problème du tabagisme chez les femmes. Cette adhésion collective constitue probablement le meilleur moyen de faire savoir d'une manière positive aux fumeuses adultes que leur santé constitue une ressource précieuse, tant pour le pays que pour la collectivité, parce que la santé des femmes est importante en soi.

Le principal défi à relever dans ce processus de diversification consistera à atténuer les divisions territoriales et politiques entre les organismes qui s'intéressent actuellement au problème du tabagisme chez les femmes ou dans la population en général. Le deuxième défi consistera à convaincre les groupes communautaires qui ne sont actuellement pas préoccupés par la question du tabagisme chez les femmes à y appliquer leurs énergies et leurs ressources, si minces soient-elles. Les groupes communautaires qu'il faudra aborder à cet égard sont ceux qui s'intéressent déjà à la question de la santé des femmes, ceux qui s'intéressent à des questions connexes comme la santé et la sécurité au travail ou l'environnement, ainsi que les associations et les organismes qui s'intéressent à certains groupes (les centres d'accueil pour femmes battues, les amicales d'autochtones, certaines associations professionnelles, etc.) Bref, les défis à relever pour diversifier les milieux communautaires préoccupés par la question de l'usage du tabac chez les femmes adultes sont considérables. Toutefois, l'expérience acquise jusqu'ici dans la sensibilisation de la population à d'autres questions d'ordre social et environnemental montre que, dès qu'une assez bonne proportion de la collectivité a été sensibilisée à un problème, on assiste à une accélération des changements positifs.

## C. Perspectives d'action

12. Des efforts devraient être faits pour organiser, à l'intention des femmes, une vaste campagne d'éducation publique où seraient associés les aspects oppressifs du tabagisme, de l'usage abusif de certaines substances et de l'adhésion à une image du corps idéal imposée culturellement et obtenue par des régimes amaigrissants. Devraient notamment être abordés les facteurs qui poussent au tabagisme, les risques présentés par l'usage du tabac pour la santé des femmes, ainsi que la publicité et les produits spécialement conçus pour exploiter les femmes. Ce programme pourrait être structuré et distribué comme l'a été *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* (c'est-à-dire sous forme de trousse).

13. On devrait envisager la possibilité d'évaluer le degré de complexité du matériel éducatif et de produire des documents non imprimés (bandes magnétiques, vidéos, films) qui le rendent d'accès plus facile.

14. Les organismes qui s'intéressent à la question de l'usage du tabac chez les femmes devraient chercher davantage à définir et à modifier les pressions structurelles qui s'exercent sur la vie des femmes et qui peuvent pousser celles-ci à fumer.

15. On devrait faire des recherches approfondies pour déterminer les taux de consommation de tabac (à fumer, à chiquer ou à priser) chez les femmes (et les hommes) autochtones, afin d'appuyer les efforts de mise sur pied d'un programme global d'éducation administré par les autochtones.

16. On devrait chercher à intégrer davantage les programmes d'éducation relatifs à l'usage du tabac chez les femmes aux documents et aux programmes des groupes communautaires et des groupes de promotion de la santé qui s'intéressent aux femmes.

17. Pour mieux comprendre la situation des fumeuses, on devrait encourager la réalisation de travaux de recherches qualitatives sur la conservation de l'habitude de fumer chez les femmes.

# Chapitre 5

## A. Renoncement des femmes au tabac

Qu'on soit de sexe masculin ou de sexe féminin, renoncer au tabac est une affaire difficile. On a fait bien des travaux de recherche et de planification pour élaborer des programmes efficaces d'abandon du tabac, mais les résultats indiquent qu'il reste encore beaucoup à faire. En matière de recherche, l'une des principales difficultés dans ce domaine vient de ce que les échantillons de personnes étudiées dans l'analyse des programmes de renoncement au tabac n'ont manifestement rien d'aléatoire. Les estimations varient, mais de 90 % à 95 % des personnes qui arrêtent de fumer y arrivent apparemment sans l'aide de programmes officiels de renoncement au tabac (*US Department of Health*, 1977)*. Toutefois, ce sont principalement les 10 % restants qui retiennent l'attention des chercheurs. des analystes et des planificateurs de programmes. Il se peut que cette minorité présente à bien des égards des caractéristiques fort différentes de la majorité des fumeurs qui arrivent apparemment à renoncer au tabac d'eux-mêmes. Fonder des décisions de planification de politiques et de programmes sur l'expérience de cette minorité constitue par conséquent une tâche délicate.

### *Sexe et renoncement au tabac*

Jarvis (1984, p. 384) signale un fait intéressant : 70 % des personnes qui ont recours à des programmes de renoncement au tabac sont de sexe féminin. Les interprétations du phénomène peuvent différer. Il se peut par exemple que les femmes soient plus portées que les hommes à vouloir parler en groupe de problèmes comme le tabagisme ou que les femmes qui essaient de renoncer au tabac d'elles-mêmes éprouvent des difficultés et décident par conséquent d'avoir recours à un programme de renoncement au tabac pour bénéficier du soutien d'un groupe.

Quelle que soit la méthode choisie, il semble que la croyance de longue date selon laquelle les femmes ont plus de mal à renoncer au tabac que les hommes ne soit pas prête de disparaître. Des auteurs britanniques intéressés par les présumés écarts entre les sexes en ce qui concerne les taux de renoncement au tabac ont fait intervenir l'exposition involontaire à la fumée dans leurs mesures et constaté alors que les hommes avaient apparemment des taux d'abandon inférieurs aux taux présumés et que les écarts attribuables au sexe disparaissaient presque complètement (Jarvis, 1984, p. 385). Apparemment, les différences entre les sexes qui subsistent ne valent que pour les personnes de plus de 50 ans. Ces chiffres s'appuient sur des enquêtes faites en Grande-Bretagne et aux États-Unis, et ils ne portent que sur l'exposition involontaire à la fumée du cigare. Si des données compatibles sur l'exposition involontaire à la fumée de la pipe et l'utilisation du tabac à chiquer et du tabac à priser avaient été disponibles et prises en compte, les différences imputables au sexe auraient peut-être entièrement disparu. Pour ce qui est des taux de renoncement à la cigarette proprement dite, Jarvis (1984, p. 385) affirme que «les femmes âgées ont plus de difficulté à renoncer à l'usage du tabac que les hommes». Même si les écarts observés entre les sexes en matière de renoncement au tabac dépendent manifestement de la définition du tabagisme qu'on utilise, un fait important demeure en ce qui a trait à l'usage de la cigarette : les femmes âgées pourraient constituer un groupe cible des programmes de renoncement au tabac.

Ces observations ne démentent en rien l'idée que les femmes et les hommes fument pour des raisons différentes et qu'ils renoncent peut-être au tabac pour des raisons différentes. De plus, les femmes ont, selon Jacobson (1986, p. 87), «des raisons différentes de craindre un abandon de l'usage du tabac».

### *Classe sociale et renoncement au tabac*

Les hommes et les femmes des couches socio-économiques inférieures ont non seulement davantage tendance à fumer, mais ils sont aussi moins portés à renoncer au tabac (Jacobson, 1986, p. 13). Aux États-Unis, de plus, les Noirs sont moins

* Le mode de calcul de ce chiffre n'est pas indiqué. Voir Tunstall *et al.*, 1985.

susceptibles de renoncer au tabac que les Blancs (Jacobson, 1986, p. 13). Le fait que le tabagisme soit de plus en plus concentré dans les classes inférieures ou au sein des groupes les plus défavorisés comme les minorités raciales et les femmes, par opposition aux majorités raciales ou aux hommes, fournit les éléments les plus frappants du cadre d'analyse des taux de renoncement au tabac. Les différences accrues de la prévalence du tabagisme entre les groupes démographiques peuvent tenir soit à la diversité des raisons qui poussent les gens à fumer (fonctionnellement parlant), soit à l'inefficacité des messages sur le tabagisme auprès de ces groupes. Compte tenu du climat social et législatif actuel, l'usage du tabac ne peut pas être assimilé à un «simple plaisir». En fait, il est des plus utile de voir dans la persistance du tabagisme un mécanisme d'adaptation aux expériences de la vie. Hadaway *et al.* (1986) ont analysé les aspects fonctionnels du tabagisme et les adaptations socio-psychologiques qu'il permet. À leurs yeux, l'usage du tabac est notamment un moyen de faire face au stress et aux difficultés de la vie, un mécanisme d'atténuation des émotions, un moyen de relaxation, de concentration, de régulation du poids, d'acceptation sociale, etc. Il est important que les personnes appelées à planifier des programmes de renoncement au tabac comprennent bien ces mécanismes d'adaptation des fumeurs.

### *Préparation à l'abandon du tabac*

Une étude faite au Royaume-Uni par Marsh et Matheson (1983) a fourni un important concept aux recherches sur le renoncement au tabac. Ces auteurs affirment en effet que la majorité des fumeurs passent par une étape de pré-abandon qu'ils appellent l'étape «d'hésitation» ou «d'indécision». En deux mots, il s'agit d'une étape préparatoire au renoncement proprement dit. Il est important de donner un nom à cette étape du processus d'abandon du tabac, car cela peut permettre aux chercheurs et aux planificateurs du domaine de la santé de s'intéresser d'une manière précise aux mesures susceptibles d'exercer un effet sur les fumeurs qui se trouvent dans cette phase d'indécision. Cette étape peut être longue et elle peut comporter divers processus. Les fumeurs qui entrent dans la phase d'indécision peuvent être soumis à diverses influences : législation, éducation, problèmes de santé, événements marquants, soutien social. On pourrait même imaginer que ces facteurs contribuent tous d'une manière ou d'une autre à entamer l'identité du fumeur et à susciter en lui des doutes favorables à cette étape préparatoire.

Jerome Schwartz (1983), même s'il admet que la majorité des fumeurs (95 %) renoncent au tabac d'eux-mêmes, observe qu'une foule d'influences sociales, éducatives et médicales peuvent avoir exercé, au préalable, un effet sur ces ex-fumeurs. En ce sens, on peut rattacher le concept de «l'abandon du tabac par ses propres moyens» au processus que Matheson et Marsh ont assimilé à l'étape d'indécision ou d'hésitation. En deux mots, la majorité de ceux qui arrêtent de fumer y arrivent en intégrant à leur comportement des messages sur le tabagisme sans participer à des programmes officiels de renoncement au tabac où des chercheurs pourraient observer les mécanismes en jeu. Deux points essentiels demeurent : la majorité des personnes utilisent diverses formes d'aide (sociale, médicale, éducative, etc.) dans leur processus de renoncement au tabac et elles ont tendance à perdre l'habitude de fumer progressivement et sur une longue période avant d'arrêter complètement.

### *Tentatives répétées de renoncement au tabac*

La plupart des fumeurs ont essayé d'arrêter au moins une fois, et 40 %, au moins trois fois (Schwartz, 1987, p. 15). Autant les personnes qui participent à des programmes de renoncement au tabac que celles qui n'y participent pas ont fait de nombreuses tentatives en s'aidant de diverses méthodes, soit pour réduire leur consommation de tabac, soit pour arrêter complètement de fumer. Ce qui manque, non seulement dans les programmes de renoncement au tabac, mais aussi dans la compréhension populaire du processus, c'est l'indulgence à l'égard des tentatives répétées de renoncement au tabac. Même si les tentatives antérieures constituent l'un des meilleurs indicateurs des tentatives à venir (Marsh et Matheson, 1983, p. 132), ce processus n'est pas vu comme une chose positive dans bien des programmes et dans de nombreux documents. Il s'ensuit que les personnes qui pourraient arrêter de fumer ou qui en sont à l'étape «d'indécision» assimilent souvent leurs multiples tentatives de renoncement infructueuses à des échecs personnels. Dans une analyse du programme de renoncement au tabac *Quit for Life* de Regina, Greaves *et al.* (1983) signalent que, en tenant compte de la chose dans les programmes de renoncement au tabac, on permet aux participants de préserver leur amour-propre et de sauvegarder l'intégrité de leur moi.

Dans son étude de la capacité des fumeurs à renoncer au tabac par leurs propres moyens, Coelho (1984)

apporte des preuves concrètes à l'idée de transformer en un acquis le sentiment d'échec apparent de la personne qui a essayé en vain d'arrêter de fumer. Il conclut que «la simple participation à un programme de renoncement au tabac sert à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, même chez les personnes qui continuent de fumer ou qui recommencent à fumer» (1984, p. 310). En plus de donner de bons résultats à court terme, ces expériences exercent une influence sur les attentes à l'égard des succès futurs. Bien que Coelho ait étudié un échantillon mixte, il n'a malheureusement pas fait de distinction entre les hommes et les femmes dans ses résultats. Comme le sexe est peut-être une variable qui a plus de poids que les antécédents en matière de tabagisme, le soutien social ou bien d'autres facteurs, on devrait automatiquement présenter les résultats des recherches à venir par sexe et, si possible, par classe.

Selon l'enquête faite par Marsh et Matheson au Royaume-Uni, 53 % des ex-fumeurs ont trouvé qu'arrêter de fumer n'avait pas du tout été une chose difficile (1983, p. 128). Même si la majorité des ex-fumeurs de l'étude avaient essayé d'arrêter bien des fois, l'abandon définitif du tabac s'est révélé une chose faisable pour la majorité. Comme le renoncement au tabac est vu par beaucoup comme une expérience difficile, voire impossible, cette observation est à la fois intéressante et importante.

### *Objectifs de comportement*

Dans leur étude, Marsh et Matheson ont essayé de mesurer les «objectifs de comportement», c'est-à-dire les aspects du comportement qui interviennent entre les attitudes favorables au renoncement au tabac et l'abandon du tabac proprement dit. Ces objectifs de comportement sont assimilés par les auteurs «au désir, à l'intention et à la confiance qu'ont les fumeurs de continuer de fumer, de réduire leur consommation de tabac ou d'arrêter de fumer» (Marsh et Metheson, 1983, p. 127). Les fumeuses étaient légèrement moins con- fiantes que les fumeurs et se disaient plus stressées que ceux-ci. (Parallèlement, les non-fumeuses se disaient également plus stressées que les non-fumeurs.) Même si le stress affaiblit la confiance du fumeur dans sa capacité d'arrêter, il accroît son désir et son intention de renoncer au tabac. La conclusion importante est que le stress ne constitue pas un obstacle au renoncement au tabagisme. Ces écarts de stress entre hommes et femmes et entre fumeurs et non-fumeurs sont toutefois si minces que les auteurs n'arrivent pas à comprendre qu'on ait appuyé la thèse générale selon laquelle l'usage du tabac lié au stress est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'étude met en évidence un autre fait important relatif aux fumeuses : les fumeuses prêtes à renoncer au tabac, même si elles manquent d'amour-propre, ont le sentiment qu'elles seraient plus fières d'elles-mêmes si elles renonçaient au tabac.

De même que les influences d'ordre social (le nombre de fumeurs dans l'entourage d'une personne, par exemple) n'exerçaient qu'une influence limitée, dans cette étude, sur le désir ou la volonté d'une personne d'arrêter de fumer, les avantages d'ordre social qui pourraient résulter d'un renoncement au tabac n'avaient pas d'effet sur la confiance qu'elle avait de réussir. Du point de vue des femmes, cette observation est intéressante. Elle révèle en effet qu'il y a peu à gagner à essayer de donner confiance aux femmes dans leur capacité de renoncer au tabac en insistant sur les avantages d'ordre social qu'elles pourraient en retirer – leur faculté de fournir de meilleurs modèles à leurs enfants ou d'être mieux vues des autres, par exemple.

Dans l'ensemble, les jeunes fumeurs avaient une attitude plus positive à l'égard des conséquences d'un renoncement au tabac, et, dans cette étude en particulier, les jeunes femmes se distinguaient par le caractère positif des avantages qu'elles escomptaient retirer d'un abandon du tabac. Cela pourrait expliquer les difficultés qu'éprouvent les femmes d'un âge plus avancé à arrêter de fumer (question qui a été examinée ci-dessus dans l'analyse des écarts des niveaux d'abandon du tabac liés au sexe). Par ordre de priorité, les attitudes qui ont l'effet le plus marqué sur le processus de préparation à l'abandon du tabac concernent les avantages pour la santé, les avantages d'ordre économique et le renforcement de l'amour-propre. Enfin, l'association d'un niveau de stress élevé et d'une certaine confiance en soi constitue un signe d'accélération du processus qui mène le fumeur à décider d'arrêter de fumer. «Ni le stress, ni les échecs antérieurs n'empêchent le fumeur de prendre la résolution de renoncer au tabac; en fait, ils contribuent à accroître la possibilité de nouvelles tentatives» (Matheson et Marsh, 1983, p. 132).

Les auteurs de cette étude n'examinent cependant pas le rôle joué par un niveau de stress élevé dans la résolution d'arrêter. Il s'agit pourtant d'un domaine crucial qui mérite d'être étudié, car les fumeuses comme les non-fumeuses se disent plus stressées que les hommes. De toute évidence, on devrait continuer de s'intéresser aux jeunes fumeuses, car celles-ci conservent une plus grande confiance à l'égard des conséquences d'un abandon du tabac. De même, il y aurait peut-être lieu d'accorder moins d'importance aux

**Tableau 23**
**SOMMAIRE DES TAUX D'ABANDON APRÈS UN SUIVI DE 416 ESSAIS DE RENONCEMENT AU TABAC, SELON LA MÉTHODE UTILISÉE 1959-1985**

| Méthode | Au moins 6 mois de suivi | | | | Au moins 1 an de suivi | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | Intervalle | Médiane | 33 % | Nombre | Intervalle | Médiane | 33 % |
| Initiative personnelle | 11 | 0–33 | 17 | 18 | 7 | 12–33 | 18 | 14 |
| Programme d'éducation | 7 | 13–50 | 36 | 71 | 12 | 15–55 | 25 | 25 |
| Programme de 5 jours | 4 | 11–23 | 15 | 0 | 14 | 16–40 | 26 | 21 |
| Groupe* | 15 | 0–54 | 24 | 20 | 31 | 5–71 | 28 | 39 |
| Médicaments | 7 | 0–47 | 18 | 14 | 12 | 6–50 | 18,5 | 17 |
| Gomme à mâcher à la nicotine | 3 | 17–33 | 23 | 33 | 9 | 8–38 | 11 | 11 |
| Gomme à mâcher à la nicotine et traitement ou thérapie de comportement | 3 | 23–50 | 35 | 67 | 11 | 12–49 | 29 | 36 |
| Hypnose (programme individuel) | 11 | 0–60 | 25 | 36 | 8 | 13–68 | 19,5 | 38 |
| Hypnose (programme de groupe) | 10 | 8–68 | 34 | 50 | 2 | 14–88 | – | 50 |
| Acupuncture | 7 | 5–61 | 18 | 29 | 6 | 8–32 | 27 | 0 |
| Avis d'un médecin | 3 | 5–12 | 5 | 0 | 12 | 3–13 | 6 | 0 |
| Intervention d'un médecin plus poussée qu'un simple avis | 3 | 23–40 | 29 | 33 | 10 | 13–38 | 22,5 | 20 |
| Intervention d'un médecin | | | | | | | | |
| – Personnes souffrant de troubles pulmonaires | 10 | 10–51 | 24 | 20 | 6 | 25–76 | 31,5 | 50 |
| – Personnes souffrant de troubles cardiaques | 5 | 21–69 | 44 | 80 | 16 | 11–73 | 43 | 63 |
| Facteur de risque | – | – | – | – | 7 | 12–46 | 31 | 43 |
| Consommation accélérée | 12 | 7–62 | 25,5 | 33 | 6 | 6–40 | 21 | 17 |
| Consommation accélérée et autres procédures | 21 | 8–67 | 38 | 57 | 10 | 7–52 | 30,5 | 50 |
| Consommation à satiété+ | 11 | 14–76 | 38 | 64 | 12 | 18–63 | 34,5 | 58 |
| Conditionnement aversif régulier+ | 13 | 0–56 | 29 | 31 | 3 | 20–39 | 26 | 33 |
| Diminution progressive de l'absorption de nicotine+ | 7 | 26–46 | 27 | 29 | 16 | 7–46 | 25 | 44 |
| Promesse de récompense+ | 9 | 25–76 | 46 | 89 | 4 | 14–38 | 27 | 25 |
| Programmes multiples+ | 13 | 18–52 | 32 | 38 | 17 | 6–76 | 40 | 65 |

*Trois essais de groupe ont fait l'objet de suivis de cinq mois.

+D'autres moyens peuvent avoir été utilisés, et certains essais peuvent avoir figuré dans plus d'une méthode.

Note : «33 %» correspond aux pourcentages d'essais ayant résulté en un taux d'abandon d'au moins 33 %. La médiane n'a pas été calculée pour les méthodes comportant moins de trois essais. Mise en garde : les taux d'abandon correspondent à des tendances globales et, dans la majorité des cas, ils s'appuient sur des déclarations spontanées. Certains taux d'abandon ont été recalculés de manière à viser l'ensemble des sujets, mais la majorité d'entre eux s'appuient sur des rapports d'enquête. Dans certains cas, les taux d'abandon ne tiennent pas compte des sujets qui n'ont pas terminé leur traitement ou des personnes qui n'ont pas répondu au suivi. Les définitions utilisées dans les suivis ont pu varier entre les essais.

avantages d'ordre social liés à un renoncement au tabac si l'on veut donner une plus grande confiance aux femmes qui espèrent arrêter de fumer, le manque de confiance étant un problème particulièrement important chez les femmes qui en sont à l'étape dite d'indécision.

### *Renforcement des tentatives de renoncement*

Les principes énoncés ci-dessus dans l'analyse de l'étude faite au Royaume-Uni méritent d'être examinés d'une manière plus approfondie si l'on souhaite axer les efforts de renoncement au tabac sur la phase d'indécision ou de préparation des fumeuses adultes qui souhaitent arrêter de fumer. Dans une large mesure, les programmes de traitement et d'éducation actuels visent précisément cette phase du processus de renoncement, que ce soit d'une manière explicite ou non. On devrait donc étudier les conséquences qui pourraient découler de l'attribution d'un nom à cette phase du processus de renoncement et de son utilisation comme point de départ des programmes d'éducation antitabac. Cette étude pourrait elle-même servir de cadre de communication de messages voulant que la préparation à l'abandon du tabac soit un processus (parfois) long, que le renoncement au tabac comporte des éléments ou des objectifs de comportement, et que ces objectifs de comportement puissent comporter des tentatives infructueuses d'abandon qui sont elles-mêmes des éléments positifs du processus. En structurant un cadre éducatif en fonction de cette étape du processus de renoncement au tabac, on pourrait vraisemblablement en arriver à des programmes qui auraient précisément pour objet de renforcer la confiance, la volonté et le désir d'arrêter de fumer. Du même coup, on accorderait moins d'importance aux influences extérieures comme les avantages sociaux et économiques et plus d'importance à la valeur des avantages d'ordre individuel.

Pour les femmes, ces avantages d'ordre individuel pourraient prendre plusieurs formes : amélioration de la «compétence sociale», renforcement de la confiance en soi ou du sentiment d'amour-propre, intériorisation du locus de contrôle. On peut en effet supposer que les jeunes filles et les femmes qui ont le sentiment d'avoir une plus grande emprise sur leur vie, leur situation dans la vie et les événements auxquels elles vont être exposées seront moins portées à fumer. De toute évidence, les structures devront être systématiquement changées si l'on veut que les jeunes filles et les femmes aient de véritables raisons de croire qu'elles ont une plus grande emprise sur leur vie, mais il se peut aussi qu'il existe un lien entre certaines habitudes négatives comme l'usage du tabac et les perspectives psychologiques des femmes.

### *Méthodes d'abandon*

Même si beaucoup croient que la majorité des fumeurs veulent arrêter de fumer et que la plupart des fumeurs y arrivent d'eux-mêmes (Schwartz, 1987), le renoncement au tabac par ses propres moyens constitue en fait la réaction d'une personne à une foule d'influences : avis d'un médecin, manuel d'initiative personnelle, dépliant d'un organisme de promotion de la santé, film sur les conséquences du tabagisme, crainte pour sa propre santé. Cette observation est importante; elle indique en effet que les documents et les méthodes de renoncement au tabac, même si on croit généralement qu'ils n'ont d'effet que sur moins de 10 % de la population des fumeurs (c'est-à-dire sur les personnes qui souhaitent arrêter de fumer en participant à des programmes structurés de renoncement au tabac), ont manifestement une incidence sur une bien plus grande proportion de la population des fumeurs. Cette proportion, bien sûr, est inconnue; on peut toutefois postuler que les programmes d'éducation, les renseignements diffusés sur les programmes de traitement et la publicité consacrée au tabagisme et à son traitement exercent une influence, tant en sensibilisant l'ensemble de la population au problème qu'en créant un sentiment d'ambivalence chez les fumeurs. Malgré cela, on a fait bien peu de recherches sur les personnes qui arrêtent de fumer d'elles-mêmes. Il demeure difficile de voir quelles sont les caractéristiques qui distinguent les fumeurs qui ont renoncé d'eux-mêmes au tabac de ceux qui ont eu recours à des programmes d'abandon. Il s'agit là d'un domaine de recherche important, car en cernant ces caractéristiques, on pourrait voir quelles sont les qualités à encourager chez les fumeurs qui en sont à l'étape préparatoire dite «d'indécision» ainsi que les changements qu'on pourrait apporter aux systèmes sociaux ou aux mécanismes de soutien social propres à amener les fumeurs à renoncer d'eux-mêmes au tabagisme.

Bien que l'ouvrage de Jerome Schwartz (1987) intitulé *Smoking Cessation Methods* constitue le travail d'analyse et d'évaluation le plus détaillé qu'on ait fait de la question du renoncement au tabac en Amérique du Nord, l'auteur ne s'y intéresse pas précisément à des questions qui concernent directement les femmes, si

l'on excepte un court chapitre consacré aux effets du tabac sur la grossesse et à une évaluation des programmes conçus pour inciter les femmes enceintes à arrêter de fumer. Dans le résumé de l'étude, les jeunes femmes sont assimilées à un groupe cible qui devrait faire l'objet d'une attention spéciale en matière d'abandon du tabac. L'auteur de cette étude ne se pose pas les questions relatives au sexe qui sont pertinentes dans l'étude du tabagisme chez les femmes et du renoncement au tabac par les fumeuses. La chose tient peut-être du fait que l'auteur n'avait pas de programmes de renoncement au tabac qui s'adressaient aux femmes en particulier à étudier ou à évaluer. On pourrait s'attendre que, dans une étude de cette ampleur, les programmes de renoncement au tabac qui s'adressent aux femmes et qui existent bel et bien aux États-Unis aient été recensés. Cette omission fournit une preuve éclatante du peu d'attention accordée aux fumeuses.

L'ouvrage de Schwartz n'en demeure pas moins très précieux dans l'établissement d'un classement des méthodes d'abandon du tabac et d'un résumé des évaluations qui ont été faites de ces méthodes au Canada et aux États-Unis au cours des huit dernières années*.

Nous n'avons pas essayé de produire des chiffres correspondants pour le Canada; nous invitons simplement le lecteur à consulter cette source. Le cas échéant, toutefois, nous signalerons les catégories, les commentaires et les conclusions du résumé détaillé de Schwartz qui peuvent s'appliquer à la mise sur pied de programmes d'abandon du tabac destinés aux fumeuses.

Les dix principaux types de programme d'abandon du tabac sont :

1. Initiative personnelle
2. Programmes d'éducation (cours, réunions, etc.)
3. Médicaments
4. Gomme à mâcher à la nicotine
5. Hypnose
6. Acupuncture
7. Avis d'un médecin
8. Essais préventifs – facteur de risque
9. Médias et programmes communautaires
10. Méthodes behavioristes

De plus, on devrait accorder une attention particulière aux politiques et aux programmes relatifs à l'usage du tabac en milieu de travail. En effet, la majorité des adultes qui fument peuvent, selon Schwartz, être joints en milieu de travail. Enfin, Schwartz étudie certaines questions relatives à la conservation de l'habitude de fumer et à la prévention des rechutes.

### *Problèmes d'évaluation*

Le domaine de l'évaluation du renoncement au tabac est caractérisé par un manque de cohérence et l'absence complète d'évaluation de certains programmes. L'évaluation des programmes de renoncement soulève un problème méthodologique majeur. La plupart des programmes donnent d'assez bons résultats (50 à 80 %), si les taux de réussite sont mesurés à la fin des programmes. Toutefois, les taux de réussite à long terme, c'est-à-dire de 6 à 12 mois plus tard, sont manifestement moins élevés. Souvent, les entreprises qui offrent des stages de renoncement au tabac, en particulier, ne révèlent pas leurs évaluations. Dans bien des cas, on ne dispose que de maigres ressources, et le programme ne fait l'objet d'aucune évaluation. Il est donc bien difficile d'apprécier l'efficacité des programmes de renoncement au tabac. Bien qu'un code officieux de mesure des réussites comporte comme critère la non-consommation de tabac, sous l'une ou l'autre de ses formes, pendant un an après le traitement, Schwartz estime que le code pêche en ce qu'il ne comporte aucune recommandation relativement à la validation biochimique des cas de renoncement prétendus. Il note également que bien des programmes de renoncement au tabac ne respectent pas le code.

---

* Voir le tableau 23 de J. Schwartz, *Smoking Cessation Methods, 1987.*

### *Quelque chose pour les femmes*

Selon Schwartz (1987, p. 7), quatre conditions contribuent au succès des programmes de renoncement au tabac.

1. Les méthodes d'abandon multiples, qui s'adressent à différents types de personnes ou à différentes formes d'usage du tabac.

2. Le paiement, qui donne plus de poids à l'engagement.

3. L'existence de facteurs de risque pour la santé du fumeur.

4. Les procédures de soutien des ex-fumeurs.

Le premier point fait écho à la position de l'*American Lung Association*, selon laquelle les programmes de renoncement au tabac doivent comporter «quelque chose pour chacun» (A.L.A., 1983, p. 155). Il appuie également l'idée selon laquelle les divers groupes de fumeurs (les hommes, les femmes, les travailleurs manuels, etc.) fument pour des raisons différentes et peuvent tirer profit de méthodes de renoncement différentes. Cet argument milite clairement en faveur de la création de programmes et de moyens de renoncement au tabac qui s'adressent spécifiquement à divers segments de la population des fumeurs. Les moyens ainsi conçus pourraient être utilisés dans un cadre intégré ou non.

### *Des stimulants pour les femmes?*

Le recours au paiement pour motiver davantage les femmes est d'une valeur douteuse. Il reste encore des recherches à faire pour établir la valeur motivante du paiement. Il est intéressant de signaler à cet égard que, dans le cadre du programme *Smokefree* créé à l'intention des femmes de Toronto, en Ontario, on demande des frais de 25 $ par séance, mais qu'on offre aux participantes des tarifs dégressifs ou la possibilité de différer leurs paiements (Cole, 1986, p. 6). Cette sensibilité à la situation économique des femmes est évidemment recommandable; il ne fait toutefois aucun doute que l'imposition de frais minimaux constitue, pour bien des femmes, un obstacle à l'abandon du tabac.

L'utilisation du «paiement pour donner plus de poids à l'engagement» peut toutefois avoir exactement l'effet contraire. Glasgow *et al.* (1985) font état d'un intéressant programme public de renoncement au tabac qui a pris la forme d'un concours, dans le cadre duquel on offrait des prix aux personnes dont on pouvait vérifier qu'elles avaient arrêté de fumer. Même si on pourrait croire, intuitivement, qu'un modèle essentiellement compétitif de ce genre aurait attiré plus d'hommes que de femmes, c'est le contraire qui s'est produit. Peut-être les femmes se sont-elles inscrites en plus grand nombre au concours non seulement dans l'espoir d'obtenir une récompense, mais aussi pour d'autres raisons. Quoi qu'il en soit, cette étude a eu l'important mérite de montrer que le sexe n'a pas exercé d'effet sur le taux de réussite des fumeurs de ce groupe qui ont essayé de renoncer au tabac d'eux-mêmes (Glasgow *et al.*, 1985, p. 909).

L'étude a révélé que le stress ressenti par les participants constituait le meilleur indicateur des chances qu'ils avaient de réussir ou non à renoncer au tabac. Bien que les auteurs de cette étude ne se soient pas intéressés explicitement aux écarts imputables au sexe, leur travail n'en demeure pas moins intéressant en ce qu'il concerne un important groupe de fumeurs qui ont tenté de renoncer au tabac d'eux-mêmes. Il faudra faire encore beaucoup de travail avant de déterminer avec précision les mécanismes auxquels ont recours les fumeurs qui réussissent à renoncer au tabac. L'étude de Glasgow *et al.* a cependant révélé que les fumeurs qui réussissent à abandonner d'eux-mêmes l'usage du tabac ont plus souvent recours à des moyens d'autorécompense qu'à des méthodes autopunitives. Cette observation est importante et elle vient appuyer l'idée selon laquelle on devrait éviter les messages négatifs dans l'élaboration de documents conçus pour aider les fumeurs à abandonner d'eux-mêmes l'usage du tabac.

### *Un tabagisme «sain»?*

En étudiant les taux de réussite de l'intervention de médecins auprès de personnes souffrant de troubles cardiaques, on constate que l'existence de facteurs de risque pour la santé exerce manifestement une influence sur le renoncement au tabac. On pourrait donc examiner la possibilité de produire des renseignements sur les risques du tabagisme pour la santé qui impressionneraient les jeunes femmes. On pourrait notamment envisager la possibilité de diffuser des renseignements précis sur l'usage combiné des contraceptifs oraux et du tabac et sur les risques de cancer du col de l'utérus. Même si les tactiques à effet choc de présentation de poumons abîmés par le tabac

qu'on utilisait dans le passé ont dans une large mesure été abandonnées, on devrait peut-être recourir à des moyens aussi spectaculaires pour informer les femmes des nouveaux risques que présente l'usage du tabac pour la santé (le cancer du col de l'utérus, par exemple), après avoir dûment étudié les effets négatifs éventuels des messages propres à inspirer la crainte.

Un détail intéressant des études des taux de réussite de renoncement au tabac qui touche la perception qu'ont les femmes des dangers du tabac pour la santé concerne la question de l'utilisation de cigarettes à faible teneur en nicotine ou à teneur élevée en nicotine. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de fumer des cigarettes à teneur élevée en nicotine. En 1979, 39 % des fumeuses et 28 % des fumeurs des États-Unis fumaient des cigarettes à faible teneur en nicotine (*US Department of Health*, 1980). Dans le cadre d'études par lesquelles on a cherché à prévoir les taux de réussite du renoncement au tabac, on a constaté que les personnes qui fumaient des cigarettes à teneur élevée en nicotine étaient plus susceptibles de renoncer au tabagisme que celles qui fumaient des cigarettes à faible teneur en nicotine. Selon Stevens *et al.* (1982), les personnes qui fument des cigarettes à faible teneur en nicotine ont l'impression que ces cigarettes sont moins préjudiciables à leur santé et elles ne sont par conséquent pas aussi motivées. De plus, Stevens *et al.* émettent l'hypothèse que les personnes qui fument des cigarettes à forte teneur en nicotine peuvent avoir eu de ce fait des problèmes de santé plus graves qui les ont davantage motivées à renoncer au tabac.

Dans une étude faite à Hamilton, en Ontario, Wilson *et al.* (1982) ont observé que les malades qui fumaient des cigarettes à teneur moyenne en goudron étaient plus susceptibles de renoncer au tabac que ceux qui fumaient des cigarettes à faible teneur en goudron. Miller (1985, p. 316) en conclut que la cigarette «moins dangereuse» est une «illusion mortelle», une «construction de l'esprit». De toute évidence, il nous reste à évaluer les effets de la consommation de cigarettes «plus saines» sur la motivation des femmes à arrêter de fumer et sur leur taux de réussite. Même si Stevens *et al.* (1982) sont d'avis que l'action réciproque de la teneur en nicotine des cigarettes et du renoncement au tabac est complexe, l'acquisition de nouvelles connaissances en cette matière pourrait nous aider à rendre encore plus clairs les messages de santé adressés aux femmes pour leur exposer les dangers des cigarettes à faible teneur en goudron et en nicotine.

### *Meilleur soutien social*

De toute évidence, il est important que les femmes gagnent l'appui des non-fumeurs ou des ex-fumeurs. Bien des femmes affirment que le soutien de leur partenaire est essentiel au succès de leurs efforts de renoncement au tabac et au maintien de leur statut d'ex-fumeuses. De plus, le soutien social en milieu de travail et l'élimination des éléments incitatifs dans l'environnement de l'ex-fumeuse sont autant de facteurs qui l'aident à s'abstenir de fumer. Il importe donc de mettre sur pied des programmes qui soient précisément conçus pour les ex-fumeuses. On devrait également évaluer et répertorier les situations sociales où les risques de rechute sont élevés. De même, la question des effets de la publicité sur l'ex-fumeuse et de l'adoption de moyens qui lui permettent d'éviter que les moments difficiles de la vie n'entraînent une rechute mérite de faire l'objet d'études plus approfondies. Ces domaines ont jusqu'ici été peu fouillés, et on devrait les étudier du point de vue de l'ex-fumeuse.

Dans le domaine du soutien social, il se peut que l'intervention des non-fumeurs aide les ex-fumeurs à s'abstenir de fumer. Dans une étude, Coppotelli et Orleans (1985, p. 458) ont constaté que le soutien du conjoint de fumeuses mariées qui venaient d'arrêter de fumer était le principal indicateur de la tendance des ex-fumeuses à continuer de s'abstenir de fumer. Les non-fumeurs qui appartiennent à l'entourage immédiat de l'ex-fumeuse constituent donc manifestement des cibles importantes; il ne faudrait pas pour autant négliger les non-fumeurs de l'ensemble de la collectivité dans la création d'un éventuel groupe de soutien des ex-fumeuses. Par certains aspects, un programme de l'*American Cancer Society* baptisé «Great American Smokeout» illustre ce concept, les non-fumeurs étant fortement invités à faire preuve de tolérance à l'égard des fumeurs et à les soutenir (Valpy, 1987).

Evans et Lowe (1986) ont récemment étudié les différences d'attitude et d'opinions des hommes et des femmes à l'égard de la cigarette. Ils ont constaté que les non-fumeurs se faisaient une idée juste des raisons qui poussent les hommes et les femmes au tabagisme, mais que les non-fumeuses avaient des vues inexactes sur les raisons pour lesquelles les femmes fument. Bien que les fumeurs de l'échantillon aient invoqué pour

expliquer leur usage du tabac des raisons que leur sexe aurait permis de prévoir (les femmes ayant cité l'affect négatif comme principale raison de leur taba- gisme), on a constaté que les non-fumeurs de sexe masculin comprenaient généralement mieux ces différences que les non-fumeurs de sexe féminin. Evans et Lowe en concluent que, si l'on souhaite associer des non-fumeuses à des programmes conçus pour aider des fumeurs à renoncer au tabac, on devra au préalable prévoir à leur intention des programmes d'éducation propres à corriger ces erreurs de perception. Evans et Lowe sont d'avis qu'on pourrait mobiliser les non-fumeuses en axant davantage les campagnes d'éducation publique sur la difficulté de renoncer au tabac que sur les conséquences de l'abandon pour la santé. Ce faisant, on accroîtrait la sympathie du public à l'égard des fumeurs et on désamorcerait de ce fait le conflit qui empoisonne si souvent les rapports entre fumeurs et non-fumeurs. Cette approche pourrait toutefois avoir une conséquence non voulue ou négative : celle d'accroître la propension des fumeurs à admettre la défaite une fois qu'ils auraient été mieux sensibilisés à la difficulté que présente le renoncement au tabac. Cette approche pourrait avoir un effet négatif sur les efforts déployés pour donner plus de confiance aux femmes dans leur capacité de renoncer au tabac.

Le soutien des professionnels de la santé ne doit pas être sous-estimé. Le médecin ou le professionnel de la santé qui fait une déclaration sur le renoncement au tabac ou qui encourage une personne à cesser de fumer exerce sur celle-ci une influence marquée. Schwartz (1987, p. 56) rapporte que 6 % des ex-fumeurs ont cessé de fumer sur la simple recommandation d'un médecin.

### *Point de mire sur les femmes*

L'examen des travaux consacrés au renoncement au tabac nous amène à conclure que, à l'avenir, les mesures de planification et d'évaluation des programmes de renoncement au tabac devraient *toutes* tenir compte du sexe des fumeurs. Au point où en sont les études sur le tabagisme, toute évaluation dont les mesures où les conclusions ne tiennent pas compte du sexe se révélera d'une utilité douteuse dans la planification de stratégies. Par exemple, on sait que l'intervention d'un médecin auprès de personnes souffrant de troubles cardiaques entraîne des taux d'abandon élevés (Pedersen, 1982; Schwartz, 1987), mais les écarts entre les sexes à ce chapitre demeurent inconnus. Au moment de mesurer l'efficacité des programmes de groupe, il importe de connaître quels sont les aspects d'un programme susceptibles d'agir d'une manière différente sur les hommes et sur les femmes. Ces facteurs peuvent être aussi simples que l'heure à laquelle le groupe se réunit, le sexe de l'animateur, l'accès du groupe à des services de transport ou de garderie et les droits incitatifs. Les recherches sur l'usage du tabac en général et sur l'abandon du tabac en particulier doivent s'appuyer sur des données qualitatives plus nombreuses. C'est souvent en écoutant les femmes décrire leur expérience qu'on arrivera le mieux à comprendre la signification du tabagisme pour elles et, par voie de conséquence, à déterminer les facteurs susceptibles de les aider à renoncer au tabac. Les documents de cette nature – les ouvrages de Jacobson (1986 et 1981) en fournissent des exemples – offrent d'intéressantes pistes de recherche et d'analyse que la seule étude de données quantitatives ne fournit pas.

Enfin, bien que de nombreux auteurs affirmaient encore, en 1985, que de 90 à 95 % des ex-fumeurs avaient renoncé au tabac d'eux-mêmes, Tunstall *et al.*, dans le cadre d'une étude des travaux consacrés à l'abandon du tabac, ont été forcés de conclure que ce chiffre est apparemment sans fondement. Il a été cité dès 1977 dans des publications du *US Department of Health* et, depuis, il s'est beaucoup répandu. Il n'existe pas de chiffres comparables pour le Canada, quelles que soient les sources. Non seulement ce chiffre d'origine américaine devrait-il être justifié empiriquement, mais on devrait également s'efforcer d'établir une base empirique au Canada. On devrait travailler également à établir avec précision la proportion des hommes et des femmes qui ont réussi à renoncer au tabac d'eux-mêmes.

## B. Renoncement des femmes au tabac: éducation et traitement

### *Programmes destinés aux femmes*

À en juger par les méthodes qu'utilisent les mouvements féminins et les groupes de femmes, il semble que la création de programmes d'éducation et de traitement conçus spécialement pour les fumeuses fournirait d'intéressantes données qualitatives, de

précieuses études de cas et de bonnes occasions de conscientiser les fumeuses et de les amener à partager leurs expériences. On pourrait sans doute répondre dans ce cadre à bien des besoins des femmes, que ce soit comme fumeuses, futures non-fumeuses ou ex-fumeuses. Bien qu'il faille repenser de nombreux programmes, on pourra améliorer à court terme l'administration des programmes de renoncement au tabac ainsi que des programmes d'éducation et de traitement, en procédant à une simple ségrégation des clients. Cela pourrait se faire à très peu de frais. En dotant ces groupes d'animateurs de sexe féminin, on pourrait obtenir des améliorations immédiates en suscitant chez les fumeuses un changement d'attitude positif. De nombreux animateurs de groupes de renoncement au tabac qui ont travaillé avec des fumeurs des deux sexes rapportent que les groupes d'hommes et de femmes ne se dirigent pas de la même façon. Apparemment, les femmes ont besoin qu'on étudie à un niveau différent les divers aspects de leur dépendance à l'égard du tabac. Cela tient peut-être au fait que les femmes n'ont pas les mêmes raisons que les hommes de fumer ou de renoncer au tabac. Bien que les recherches claires sur lesquelles appuyer cette recommandation soient rares, il n'y a pas de raison de retarder la création de tels groupes, ne serait-ce que pour constituer une base de recherche et obtenir des évaluations fiables. Dans les groupes mixtes de toute nature, on a souvent observé que les hommes dominent, en fixant non seulement les sujets discutés, mais aussi la structure et les paramètres des discussions (Spender, 1980, p. 46-47). Dans des groupes composés uniquement de femmes, les fumeuses pourraient prendre confiance dans leur capacité de renoncer au tabac et acquérir le sentiment qu'elles peuvent exercer une plus grande emprise sur elles-mêmes et sur leur vie, deux éléments clés du renoncement au tabac.

### *Accessibilité*

La facilité d'accès du matériel éducatif et des groupes de renoncement au tabac est primordiale. L'accessibilité est un concept auquel on donne souvent un sens trop étroit. Le niveau d'instruction, la possibilité de faire garder les enfants, les programmes gratuits ou à tarif dégressif et la situation géographique ne représentent que quelques-uns des aspects de la question de l'accessibilité des femmes aux mesures de renoncement au tabac. Si une femme estime, pour une raison ou une autre, qu'un programme d'éducation, un message publicitaire ou un groupe de renoncement au tabac ne convient pas à ses besoins, son mode de vie ou son système de valeurs, le programme, le message ou le groupe devient inaccessible. On peut agir sur cette forme d'accessibilité en consultant directement les groupes visés. Par exemple, on pourrait recueillir de précieux conseils sur la forme à donner au texte, aux illustrations et aux photographies d'une publication antitabac en invitant les membres d'un groupe de mères à faible revenu et soutiens de famille à les commenter. De même, en étudiant la teneur d'un programme avec des groupes de femmes autochtones, on accroîtrait non seulement l'efficacité et l'accessibilité du programme, mais également le niveau de sensibilisation des participantes.

### *Des récompenses pour les femmes*

En général, les programmes d'éducation qui ont pour objet de susciter un renoncement au tabac doivent au départ être centrés sur des comportements positifs et offrir des possibilités de renforcement positif de tout effort fait par les fumeurs pour renoncer au tabac.

L'utilisation du renforcement positif pour remettre en question l'habitude de fumer d'une personne ou l'amener à une phase d'indécision doit être intégrée au matériel éducatif et au matériel utilisé dans les programmes de renoncement au tabac. On pourra par exemple renforcer positivement les tentatives d'abandon du tabac, redéfinir le concept de la rechute en l'assimilant à un phénomène prévisible et progressif (et non à un échec) et informer les gens de la nature cyclique du comportement abandon-rechute-abandon.

Ellen Gritz (1987, p. 19) estime qu'on devrait s'intéresser davantage à la possibilité de remplacer la récompense associée à l'usage du tabac par d'autres récompenses. Si les femmes fument, par exemple, pour obtenir un répit de dix minutes, pour éviter d'engraisser ou pour atténuer leur stress, les programmes d'éducation conçus pour les amener à renoncer au tabac devraient viser à remplacer ces récompenses par d'autres.

### *Renoncement sans culpabilité*

Pour offrir aux fumeurs actuels un programme de renoncement au tabac sans obstacle, on devrait décréter dans tout le pays un programme «d'amnistie» générale à l'intention des fumeurs. Ce programme de renoncement au tabac d'une durée de trois ans serait

gratuit et accessible en milieu de travail ou dans la collectivité. Pendant la période «d'amnistie», les fumeurs auraient la possibilité d'adhérer gratuitement à un programme de renoncement au tabac en se sentant soutenus par la collectivité, et on pourrait même leur offrir la possibilité de consacrer un certain temps au programme au travail. Il faudrait au préalable convaincre les employeurs des avantages économiques d'un tel programme : ex-fumeurs en meilleur état de santé, moins distraits et présentant moins de dangers au travail. En mettant à l'essai un programme pilote «d'amnistie» des fumeurs dans la fonction publique fédérale ou provinciale, on pourrait établir les procédures à suivre et les normes de mesure à utiliser. Pour obtenir l'appui des employeurs et de la population en général, il faudrait inviter les participants à déclarer avec précision leur statut en matière d'usage du tabac, puis évaluer avec exactitude les avantages retirés du programme, tant sur le plan de la santé que du point de vue économique. Le concept de l'amnistie suppose que l'ensemble de la collectivité s'associe aux fumeurs qui profite de l'occasion et leur offre un appui. Que cette idée reçoive un appui général ou non, des entreprises, des collectivités ou des institutions pourraient instituer, sur une base individuelle, un programme analogue.

### *Intégration des efforts*

Le dernier grand principe dont il importe de tenir compte dans la mise sur pied d'un programme de renoncement au tabac ou de traitement est que tous les efforts qui seront faits au Canada devraient être intégrés, de manière à former une politique rationnelle, planifiée. Ce principe d'intégration ne doit pas se manifester uniquement à l'échelon des collectivités, mais également aux niveaux régional et national. Cela signifie que des groupes, multidisciplinaires et autres, devront être associés à la planification et à l'évaluation des programmes et que, par voie de conséquence, tous les groupes intéressés de la collectivité pourront à la fois participer à la formulation des programmes et s'en sentir responsables. Deuxièmement, comme les programmes intégrés s'évaluent plus facilement, les travaux futurs de recherche et de planification consacrés à cet aspect crucial de l'éducation relative au tabagisme s'en trouveront facilités. Enfin, les personnes qui participeront à ces programmes d'éducation, de renoncement au tabac et de traitement auront vraisemblablement le sentiment que leur problème est abordé d'une manière coordonnée et elles seront probablement moins exposées à recevoir des avis ou des données contradictoires, ce qui les sécurisera dans leurs efforts de renoncement.

## C. Perspectives d'action

18. On devrait étudier la possibilité d'attribuer un nom à l'étape préparatoire, la faire mieux connaître à la population et concevoir du matériel éducatif centré sur cette étape de l'initiation au tabagisme.

19. On devrait insister davantage sur le caractère prévisible du cycle abandon-rechute-abandon et redéfinir les tentatives de renoncement au tabac de manière à les assimiler à des acquis.

20. Des efforts accrus devraient être faits pour mobiliser, recruter et informer des non-fumeurs (particulièrement de sexe féminin) qui puissent ensuite soutenir les fumeuses.

21. La planification, le contenu et l'évaluation des programmes doivent être réévalués du point de vue des femmes. De plus, on devrait étudier la possibilité de séparer les hommes des femmes dans les programmes de renoncement au tabac.

22. Des recherches plus approfondies devraient être consacrées à la question des fumeurs qui ont renoncé d'eux-mêmes à l'usage du tabac et des écarts observés à ce chapitre entre les hommes et les femmes.

23. Un comité national de coordination qui s'occuperait de la question du tabagisme chez les femmes devrait être créé. Il serait chargé d'agir comme point central de collecte de données et de coordination des activités en matière de recherche, d'élaboration de programmes, de santé et d'éducation.

# *Chapitre 6*

## A. Deux groupes cibles de renoncement au tabac

Dans ce chapitre, nous examinons brièvement deux sous-groupes de fumeuses fort différents : les fumeuses enceintes et les femmes battues qui fument.

La fumeuse enceinte a peut-être fait l'objet d'une trop grande attention dans les campagnes d'éducation sanitaire et les programmes de recherche au cours des 25 dernières années. Les milieux préoccupés par les effets du tabagisme sur la santé ont d'ailleurs été vivement critiqués pour avoir accordé trop d'importance aux fumeuses enceintes, au détriment d'autres groupes de femmes (Jacobson, 1981 et 1986). Le fait que les activités de ces milieux aient été centrées sur la santé du foetus et le stress imposé aux femmes par les menaces concernant leur capacité de procréer n'ont pas uniquement mis en colère de nombreuses analystes dans les années 1970 et 1980, mais, qui plus est, ils ont contribué à atténuer les retombées des initiatives en matière d'éducation.

En revanche, les fumeuses battues ont été carrément laissées pour compte dans les travaux sur le tabagisme et la santé. D'ailleurs, aucun groupe victime de violence n'a été analysé sous l'angle du tabagisme. Bien qu'il y ait vraisemblablement plus de femmes battues que de femmes enceintes au Canada, cette «caractéristique» n'a pas fait l'objet de recherches jusqu'ici.

Il existe bien d'autres groupes de fumeuses qui méritent une attention particulière. Nous avons toutefois choisi de présenter ici a) un groupe qui doit être analysé sous un nouveau jour (les fumeuses enceintes) et b) un groupe qui doit être analysé tout court (les fumeuses battues).

## B. La fumeuse enceinte

La fumeuse enceinte constitue un cas particulièrement délicat pour les travailleurs de la santé. Nous n'avons pas beaucoup abordé jusqu'ici la question de la grossesse et du tabagisme, parce que les personnes qui appartiennent à ce groupe cible ont dans le passé fait l'objet d'une grande attention. Ceux qui se sont intéressés au tabagisme chez les femmes ont souvent analysé presque uniquement la question de la grossesse. Au moment d'analyser et d'étudier la question de la prévalence du tabagisme chez les femmes ou de faire des recommandations à ce sujet, on a souvent assimilé les femmes à des «réceptacles des générations futures» (Jacobson, 1986, p. 124).

Aujourd'hui, toutefois, cette très importante question de santé pour les femmes commence à être replacée dans son contexte. Ainsi que le souligne Jacobson (1986, p. 125), «dans les campagnes qui visent uniquement les fumeuses enceintes, on néglige la plupart des femmes, la plupart du temps». Elle ajoute : «La question de l'usage du tabac par les femmes enceintes doit être étudiée... en fonction d'autres aspects pertinents de la grossesse et de la vie de la femme prise dans son ensemble» (1986, p. 125).

Les résultats d'enquêtes britanniques et américaines consacrées aux fumeuses enceintes révèlent que les fumeuses exposées aux plus grands risques sont les femmes de race noire, de la classe ouvrière, et celles qui sont mal nourries (cité dans Jacobson, 1986). Bien que l'usage du tabac présente des dangers pour la santé des femmes enceintes et des enfants à naître, c'est l'action réciproque des facteurs sociaux, du tabagisme et de la grossesse qui détermine les plus grands risques.

Une enquête menée à Ottawa, en 1983, auprès de 3 600 accouchées a révélé que 61,1 % des fumeuses avaient changé leurs habitudes d'une manière ou d'une autre pendant leur grossesse (Stewart et Dunkley, 1985). Les femmes qui étaient plus suceptibles d'arrêter de fumer pendant les trois premiers mois de leur grossesse étaient celles dont le revenu était le plus élevé, qui étaient mariées – par opposition à celles qui étaient célibataires ou qui vivaient en concubinage – et qui étaient plus âgées. Les femmes les plus pauvres de l'échantillon étaient celles qui étaient les plus susceptibles de fumer (Stewart et Dunkley, 1985, p. 992).

Langford *et al.* (1983) rapportent que les trois quarts des femmes enceintes qui ont participé à des cours

prénatals ont diminué leur consommation de tabac ou arrêté de fumer. Au moment de mesurer l'influence des renseignements sur le tabagisme donnés dans les cours prénatals, on a observé, dans le cadre d'un suivi réalisé un an plus tard, que la proportion des non-fumeuses était plus élevée chez les femmes qui avaient participé au programme que chez celles qui n'avaient pas participé au programme (1983, p. 287). Comme ce programme éducatif était offert au cours du septième mois de la grossesse, bien des femmes ont estimé ne retirer aucun avantage. En fait, en offrant le programme si tard, on a involontairement accru le niveau de dissonance cognitive – et, par conséquent, de culpabilité des femmes à l'égard de leur habitude de fumer (1983, p. 288). Les auteurs notent, toutefois, qu'une réaction tardive au programme d'éducation a peut-être été en partie à l'origine de la réduction de la prévalence du tabagisme observée un an plus tard chez les femmes étudiées. Langford *et al.* sont d'avis qu'on devrait proposer aux femmes enceintes un «ensemble continu de comportements d'abstention de l'usage du tabac», plutôt que de centrer uniquement les efforts sur le renoncement au tabac (1983, p. 289).

Kaetz *et al.* (1983) ont étudié des groupes de soutien des fumeuses constitués dans des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à l'intention des femmes enceintes. Parmi les femmes qui ont participé au programme, 25 % ont arrêté de fumer, et 25 % ont réduit leur consommation de tabac. Toutefois, on a constaté que l'utilisation de groupes de soutien pour inciter les femmes enceintes à cesser de fumer avait soulevé bien des problèmes. Les renseignements sur les dangers de l'usage du tabac pour la santé du foetus n'ont pas été motivants. Les régions rurales de la Nouvelle-Écosse constituaient un milieu que les médias, les professionnels de la santé et les programmes d'éducation ne pouvaient pénétrer que difficilement. Comme l'organisation du transport posait des problèmes dans les secteurs à faible densité de population, le taux de participation au programme a fléchi, et l'action des groupes en a été compromise. Comme le système avait été institué à la demande de nombreuses fumeuses de la région, on a été étonné et déçu de constater que seulement 11 % d'entre elles avaient accepté le programme. Cette étude fait bien ressortir la complexité de l'action réciproque des facteurs qui exercent une influence sur les taux de renoncement au tabac dans toute population – entre autres la classe, le fait de vivre en milieu rural, le niveau de sensibilisation aux questions de santé.

Dans une étude consacrée aux modes de vie, Bryce et Enkin (1984) font un examen éclairé de la question de la grossesse et du tabagisme. Au moment d'analyser l'incidence des conseils sur l'usage du tabac donnés aux femmes enceintes, ces auteurs se demandent si les effets négatifs des conseils antitabac non doublés d'un soutien social justifient vraiment ce type d'intervention sanitaire. Insistant sur le caractère fonctionnel probable de l'usage du tabac par les femmes comme exutoire au stress créé par la grossesse, Bryce et Enkin mettent en doute le bien-fondé et l'utilité des conseils donnés aux femmes enceintes quant à leur mode de vie. Isolément, ces conseils n'ont que peu d'influence sur le comportement, et les conseils donnés sans soutien social peuvent en fait engendrer de la culpabilité et d'autres réactions négatives : «À nos yeux, il est cruel de profiter de la vulnérabilité des femmes enceintes pour modifier certains de leurs comportements d'une manière permanente, au risque de les culpabiliser à vie» (Bryce et Enkin, 1984, p. 2129). Même s'il importe de fournir aux femmes enceintes le plus possible de renseignements d'ordre sanitaire, et compte tenu du fait que les conseils donnés par un médecin constituent en soi une intervention, les messages antitabac adressés aux femmes enceintes par l'intermédiaire des médecins ou par d'autres biais doivent être replacés dans leur contexte. De plus, la question des éventuelles conséquences négatives des messages antitabac adressés aux femmes enceintes mérite d'être étudiée plus à fond.

De toute évidence, la consommation de tabac par la femme enceinte est liée à de nombreux autres aspects de la vie sociale et psychologique de la femme. Avant de susciter des transformations permanentes du mode de vie des femmes, il faudra qu'on se penche sur un grand nombre de ces facteurs. Les professionnels de la santé et les éducateurs qui transmettent aux femmes des renseignements utiles d'ordre sanitaire doivent être sensibilisés aux conséquences imprévues que peut avoir la communication de ces renseignements aux femmes enceintes. C'est peut-être en s'efforçant d'agir sur d'autres aspects de la vie des femmes qu'on améliorera le plus leur état de santé ainsi que le bien-être et l'état de santé des enfants à naître.

Ainsi que l'observe Ellen Gritz (1987), les femmes qui posent des problèmes ne sont pas les Blanches de la classe moyenne. Les femmes enceintes qui résistent aux messages antitabac sont les femmes à faible revenu, les adolescentes et les femmes qui ont des problèmes de survie plus immédiats. De toute évidence, il est grandement temps qu'on institue des programmes novateurs dans ce domaine et qu'on se débarrasse des programmes qui culpabilisent les femmes enceintes.

## C. La fumeuse battue

En septembre 1987, on a mené une petite enquête auprès des résidentes de la maison d'accueil pour femmes battues de London (Ontario) dans le but de réunir des données de base sur la prévalence du tabagisme chez les femmes battues. Seize femmes ont participé à l'enquête; 69 % d'entre elles étaient des fumeuses, et 31 %, des non-fumeuses. Parmi les fumeuses, 94 % fumaient plus de un paquet de cigarettes par jour, et 31 % ont déclaré que, pendant leur séjour au centre d'hébergement, leur consommation de tabac avait augmenté (Greaves, 1987).

Ces femmes avaient cherché refuge au centre après avoir été battues à la maison. La plupart avaient des enfants et passaient manifestement par un moment difficile ou elles étaient à un point de leur vie où des changements devaient être faits. Certaines d'entre elles allaient retourner avec l'homme qui les battait, et d'autres non. Même un échantillon complet des résidentes des maisons d'accueil pour femmes battues ne donnerait pas une bonne idée de la situation des femmes battues en général. En fait, un tel échantillon ne représenterait vraisemblablement que 11 % des femmes battues au Canada (Greaves, 1987). Il n'en demeure pas moins que ces femmes représentent un groupe qui passe par de rudes épreuves : angoisse, stress, lésions corporelles, remise en question de la confiance en soi face à une décision capitale à prendre. De plus, après être passées par une série de cycles de violence qui sont caractéristiques de la situation des femmes battues, les femmes ont tendance à reporter leur centre de contrôle à l'extérieur et à moins se respecter elles-mêmes.

Dans les maisons d'accueil pour femmes battues, le taux de consommation de tabac des femmes engendre une situation sociale propice au maintien ou à l'accroissement de la consommation de cigarettes. Phyllis Jensen, coordonnatrice de *Smokefree* (programme de renoncement au tabac mis sur pied par des féministes de Toronto) a observé que les 20 % de femmes qui, à la fin du programme, n'avaient pas réduit leur consommation de tabac ou renoncé au tabac étaient souvent des victimes de violence (femmes battues, violées, enfants victimes d'agressions sexuelles ou d'inceste). Il semble logique que les femmes qui se trouvent dans ces situations soient non seulement plus susceptibles de s'initier au tabagisme, mais aussi moins portées à renoncer à la cigarette. De plus, comme les femmes battues qu'on accueille dans ces maisons ont généralement un statut socio-économique inférieur à celui de l'ensemble de la population des femmes battues, les différences de classe peuvent également jouer un rôle dans ces résultats.

Les femmes battues présentent plusieurs caractéristiques clés : sentiment acquis d'impuissance, manque d'amour-propre, impression d'isolement, manque de confiance en soi, grande anxiété. Dans le but d'atténuer le stress des femmes battues en période de crise, la plupart des maisons d'accueil ne les empêchent pas de fumer. Ce principe est souvent appliqué aux groupes en situation de stress (pauvres, assistés sociaux, etc.), avec le résultat que les personnes défavorisées ou en état de crise se trouvent privées de zones où la consommation de tabac est interdite, d'éducation en matière de santé et d'occasions de prendre en main leur santé en choisissant de ne pas fumer. Les travailleurs des centres de crise devraient s'interroger sur cette bienveillance déplacée. Bien que cette «non-intervention» soit assimilée à un facteur de réduction du stress, il semble qu'on permette ainsi aux normes d'usage du tabac des personnes défavorisées ou en état de crise de rester inférieures à celles de l'ensemble de la population.

Il faudra qu'on étudie davantage ces sous-groupes de la population des fumeuses pour isoler et comprendre les facteurs sociaux et psychologiques qui ont une incidence sur la prévalence du tabagisme chez tel ou tel groupe de femmes. De plus, des efforts devraient être faits pour modifier l'attitude des travailleurs de la santé à l'égard de l'usage du tabac chez les personnes défavorisées ou en état de crise.

## D. Perspectives d'action

24. Des données sur l'usage du tabac chez les femmes devraient être recueillies et intégrées aux résultats d'enquêtes ou d'études d'autres groupes (les femmes autochtones, les femmes âgées, les femmes battues, les femmes à faible revenu, les femmes incarcérées, les immigrantes, les Noires, etc.) et d'autres comportements (la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool, l'attitude à l'égard de la condition physique, la conduite alimentaire, les soins de santé, etc.)

25. On devrait étudier la possibilité de créer à l'intention des fumeuses enceintes, en s'appuyant sur des données qualitatives recueillies auprès de fumeuses enceintes, des programmes d'intervention positifs et productifs qui visent précisément les problèmes de «survie» qui ont une incidence négative sur la grossesse : la qualité du logement, la sous-alimentation et la pauvreté.

26. Une attention particulière (en matière d'éducation et de traitement) doit être accordée aux groupes de femmes comme les femmes à faible revenu, les femmes incarcérées ou les victimes de violence susceptibles de présenter des caractéristiques sociales et psychologiques qui les rendent plus vulnérables au tabagisme et moins portées à renoncer au tabac. Des efforts devraient également être faits pour sensibiliser les travailleurs en relation avec ces groupes aux liens qui existent entre la prise en main de son destin et la santé.

# *Chapitre 7*

## A. Reprise du tabagisme chez les femmes

■ ■ ■

Il est assez fréquent qu'une personne recommence à fumer après avoir réussi à arrêter. Les taux de réussite des programmes de renoncement au tabac peuvent atteindre un sommet de 80 à 100 % à la fin des programmes, mais un an plus tard, on considère généralement qu'un taux d'abandon de 33 % est satisfaisant (Schwartz, 1987). Bien qu'on ait évalué un certain nombre de campagnes faisant appel à plusieurs médias et de guides d'initiative personnelle, la majorité des fumeurs qui renoncent au tabac par leurs propres moyens échappent aux études. Les travaux consacrés aux fumeurs qui renoncent d'eux-mêmes au tabac révèlent toutefois que, au bout de un an, le taux de réussite est d'environ 20 % (Schwartz, 1987, p. 20).

Bien que Schwartz ait fait une étude approfondie de l'état des connaissances sur les facteurs de soutien de l'ex-fumeur et de rechute, il ne s'est pas intéressé de façon précise à la situation des femmes. Tant chez les hommes que chez les femmes, les facteurs liés aux rechutes sont aussi bien d'ordre psychologique que social : angoisse, stress, augmentation du poids, manque de confiance en soi, présence d'amis et de parents fumeurs. Les facteurs de rechute liés au sexe méritent donc de faire l'objet de recherches précises.

Une intéressante étude de Gunn et Shapiro (1985) révèle que, même si l'augmentation du poids était un facteur invoqué par la plupart des sujets, il ne constituait pas un motif important de reprise de l'usage du tabac. La plupart des ex-fumeurs qui avaient recommencé à fumer ont indiqué que le stress avait joué un rôle dans leur rechute, même s'ils n'avaient pas été exposés à des situations particulièrement éprouvantes.

Dans le cadre d'une étude du renoncement au tabac, Tunstall *et al.* (1985, p. 1104) ont constaté, au moyen d'un suivi de 4 ans d'un programme commercial d'abandon du tabac, *Smokenders*, que 57 % des diplômés de sexe masculin et 30 % des diplômés de sexe féminin ne fumaient toujours pas. Les auteurs en concluent qu'on devrait énoncer à l'intention des femmes des stratégies précises en matière de rechute.

La motivation est souvent un important indicateur du succès des efforts de renoncement au tabac. Tunstall *et al.* (1985, p. 1098) ont eu recours à quatre intéressants critères pour mesurer, d'une manière non scientifique, le degré de motivation des participants :

1) le fait pour les participants d'accepter de modifier sensiblement leur horaire afin de pouvoir participer aux séances;

2) la régularité de leur participation;

3) le sentiment de culpabilité des participants en cas de rechute;

4) la volonté de renoncer au tabac.

Pour chacune de ces mesures, les femmes obtiennent de moins bons résultats que les hommes, en raison des contraintes d'ordre psychologique et social auxquelles elles sont soumises. La régularité de la participation, par exemple, est fonction du degré de liberté et de souplesse de la personne, de son aptitude à faire passer sa santé et ses besoins devant ceux des autres. Pour les femmes, cela n'est pas particulièrement facile; d'ailleurs, on ne les encourage pas beaucoup en ce sens.

Les taux de rechute sont élevés, chez les hommes et chez les femmes; des recherches limitées semblent toutefois montrer que le taux de rechute des femmes est plus élevé que celui des hommes. Cela confirme la nécessité de sensibiliser les personnes qui pourraient éventuellement renoncer au tabac au fait qu'elles auront vraisemblablement à faire plusieurs tentatives en ce sens. Même si cette forme d'éducation peut elle-même être à l'origine de rechutes, cette voie contribuera sans doute à préparer les futurs non-fumeurs d'une manière plus réaliste, à leur donner un plus grand sentiment d'efficacité personnelle et, au bout du compte, à leur donner une plus grande confiance dans leur capacité de renoncer au tabac. De toute évidence, il faudra faire dans ce domaine des travaux plus poussés et des analyses par sexe. Les résultats de ces travaux pourront avoir une incidence directe sur la création de programmes de renoncement au tabac, la production de matériel éducatif (notamment dans

l'application de l'inititative personnelle à l'abandon du tabac) et dans la sensibilisation du public aux différentes étapes du renoncement au tabac.

## B. Perspectives d'action

27. Il importe de faire des travaux de recherche et d'évaluation par sexe pour voir quelles sont les différences de comportement des hommes et des femmes en matière de rechute, et dans le but d'énoncer des stratégies précises à l'intention des femmes prises dans le cycle «rechute-abandon-rechute».

# *Chapitre 8*

## A. Réactions actuelles au tabagisme chez les femmes au Canada

Le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, créé en 1974, offre des services de coordination aux conseils inter-organismes des régions, agit comme porte-parole en matière de législation antitabac et fait des travaux de recherche et d'éducation. Le Conseil ne s'est intéressé précisément à la question du tabagisme que très récemment. L'organisation, en 1987, d'un atelier sur les femmes et le tabac, en préparation de la Semaine nationale des non-fumeurs de 1988, témoigne de l'intérêt accru que soulève la question du tabagisme chez les femmes. Comme bien d'autres grands organismes qui s'intéressent aux questions relatives au tabagisme, le Conseil doit repenser consciemment son point de vue sur la question des femmes et du tabac. Il y parviendra au mieux en demeurant ouvert aux nouvelles idées et en établissant des liens de coopération avec un plus large éventail de groupes de la collectivité.

La création d'un groupe de travail sur les femmes et le tabac dans le cadre du Programme national de lutte contre le tabagisme témoigne elle aussi d'une tendance encourageante dans la lutte contre le tabagisme chez les femmes. Dans son *Document d'orientation* (1987, p. 8), le Programme juge que la question du tabagisme chez les femmes mérite une attention particulière.

En général, l'attention accordée à ce problème dans le passé a été relativement diffuse, parfois mal dirigée, et pas toujours efficace. Bien qu'il ne manque pas de données sur certains aspects de la question (les fumeuses enceintes, par exemple), on n'a pas encore adopté au Canada d'approche cohérente, centrée sur les femmes. La brochure intitulée *Leaving the Pack Behind* qui a été produite par la province d'Alberta et qui présente une introduction à la question des femmes et du tabac, constitue une initiative dans ce domaine. Il y a toutefois des raisons de croire que cette approche commence à prendre forme. Même s'il reste beaucoup de travail à faire pour coordonner ces efforts, il semble que l'intérêt et la volonté de coopérer ne manquent pas.

## B. Organismes de lutte contre la maladie

Des échanges avec des représentants des trois grands organismes de lutte contre la maladie au Canada (Appendice B) qui s'intéressent au tabagisme – la Fondation canadienne des maladies du coeur, la Société canadienne du cancer et l'Association pulmonaire du Canada – nous ont permis de constater que ces trois organismes sont manifestement sensibles, à des degrés divers, au problème du tabagisme chez les femmes et qu'ils y cherchent des solutions. À l'évidence, ils témoignent en cette matière d'un enthousiasme et de préoccupations authentiques. Le problème du tabagisme chez les Canadiens en général préoccupe manifestement ces trois organismes. Malheureusement, toutefois, ils n'ont pas encore fait des fumeuses un groupe cible qui mérite une attention particulière.

Même si le tabagisme chez les femmes est un problème important, critique, auquel on pourrait s'attaquer en priorité, on n'est pas encore passé à l'action, soit parce qu'on manque de connaissances précises ou qu'on n'a pas établi d'orientations. À la Société canadienne du cancer, par exemple, on a l'intention de s'attaquer un jour au tabagisme chez les femmes, mais uniquement après que les orientations nationales auront été fixées par le Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada. Dans tous les organismes de ce type, les ressources sont limitées et on a largement recours à des bénévoles pour recueillir des fonds ou assurer l'exécution des programmes; cela explique que la planification des priorités à long terme doive faire l'objet de décisions précises et sages.

À l'Association pulmonaire du Canada, par exemple, les efforts consacrés au problème du tabagisme chez les femmes ont comporté entre autres la production de dépliants sur l'usage du tabac par les femmes enceintes et d'une brochure intitulée *Cessez de fumer, restez mince*, adressée aux femmes. Si l'on excepte l'Association pulmonaire du Manitoba, aucun programme de renoncement au tabac visant précisément les femmes n'a été entrepris. En ce qui concerne le taux de réussite du programme de renoncement au

tabac de l'Association pulmonaire – «Non-fumeurs en vingt jours» – on n'a pas encore fait d'évaluation précise des différences observées entre les hommes et les femmes*. Ainsi, même si l'on reconnaît que les femmes pourraient bien constituer un groupe cible, on n'a pas encore créé de programmes spécialisés. De l'avis de l'animatrice bénévole du programme de renoncement au tabac de l'Association pulmonaire de la région de London / Middlesex, les femmes sont un peu plus assidues, plus conscientes de l'importance de leur régime alimentaire et beaucoup plus intéressées aux questions relatives à la condition physique que les hommes. Elle estimait de plus que les femmes étaient beaucoup plus enclines à parler ouvertement de leur vie que les hommes. En ce qui concerne la difficulté qu'éprouvent les personnes qui participent à un programme d'abandon du tabac de tenir leur résolution, on a constaté que les femmes ont beaucoup plus tendance que les hommes à souffrir du manque de soutien de leur partenaire. Dans certaines situations, on a constaté que le fumeur qui reste dans la famille (le partenaire du fumeur qui essaie de renoncer au tabac, par exemple) se sent menacé par le non-fumeur en devenir. Le plus souvent, cette plainte est formulée par les femmes. La question du manque de soutien des femmes mérite d'être étudiée d'une manière beaucoup plus approfondie. Le non-fumeur en devenir, qu'il soit homme ou femme, est une personne qui est en train de s'ouvrir à la possibilité d'exercer une plus grande emprise sur sa vie. Dans ce contexte, les conséquences liées à l'acquisition par une femme d'une plus grande emprise sur sa vie peuvent sembler beaucoup moins réjouissantes à un partenaire de sexe masculin qu'à un partenaire de sexe féminin placé dans la même situation, et la stabilité de la relation ou de la famille peut même s'en trouver menacée.

À la Fondation canadienne des maladies du coeur, l'usage du tabac chez les Canadiens est considéré comme un sujet d'une grande importance et fait l'objet d'un programme prioritaire. Ces dernières années, les efforts axés sur les femmes ont notamment porté sur l'usage du tabac pendant la grossesse et l'hygiène prénatale. La Fondation a beaucoup travaillé en collaboration avec le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. Depuis plus de treize ans, la Fondation canadienne des maladies du coeur et le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé ont entrepris des initiatives conjointes. La Société canadienne du cancer et la Fondation des maladies du coeur insistent toutes deux, dans divers programmes, sur l'importance du régime alimentaire dans la réduction de la prévalence de la maladie. Dans ce contexte, on suppose que les femmes jouent un rôle particulier dans l'organisation du régime alimentaire et la préparation des aliments de la famille. Cela étant, il semblerait nécessaire d'adresser les programmes relatifs au régime alimentaire aux femmes et de les rendre accessibles et intéressants. La Société canadienne du cancer devrait faire de même si elle réalise son idée d'associer un programme sur le régime alimentaire à un programme sur le tabagisme.

À la Société canadienne du cancer, le problème du tabagisme chez les femmes est considéré comme «critique», mais il ne constitue pas encore nécessairement une priorité. Même si la Société canadienne du cancer attend avec impatience les orientations du Programme national, ses représentants ajoutent que l'application des programmes est liée à bien des facteurs : l'utilisation optimale des ressources et des bénévoles, l'évaluation des programmes et leur incidence sur la réduction des décès par cancer.

Il importe aujourd'hui de concevoir des programmes qui s'adressent précisément aux femmes et aux jeunes filles, non seulement à la Société canadienne du cancer, mais dans tous les organismes de lutte contre la maladie. Qui plus est, cette volonté semble exister. Apparemment, il n'y a pas actuellement d'obstacles politiques ou intellectuels importants à la formulation de directives précises susceptibles de guider l'élaboration et l'administration de programmes relatifs à l'usage du tabac chez les adolescentes et les femmes.

## C. Programmes de renoncement au tabac réservés aux femmes (Appendice C)

■ ■ ■

### *Smokefree*

Dans le cadre d'une interview, Phyllis Jensen, coordonnatrice de *Smokefree*, un programme de renoncement

* La Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario fait actuellement des évaluations dans ce sens en Ontario.

au tabac de Toronto (Ontario) d'inspiration féministe, a déclaré que les programmes actuels de renoncement au tabac ne répondent pas aux besoins des femmes. Les organisatrices du programme *Smokefree* estiment que l'usage du tabac chez les femmes est en fait un «problème d'éducation profond» et qu'il faudra «travailler en profondeur» pour modifier les attitudes des femmes et changer leur comportement à l'égard du tabac. Elles estiment que le tabagisme est le symbole d'autres problèmes vécus par les femmes, et que la question devrait faire l'objet de débats et d'échanges dans tous les groupes de femmes. Environ 20 % des clientes de *Smokefree*, dont plusieurs font état d'autres problèmes, comme l'exploitation sexuelle, devraient suivre une thérapie à long terme.

Les coordonnatrices de *Smokefree* rapportent que les femmes qui se trouvent dans un cycle de changements, c'est-à-dire qui sont prêtes à réorienter leur vie, sont prêtes à renoncer au tabac et en mesure d'y parvenir. Le renoncement au tabac est souvent vu comme l'un des nombreux gestes qu'une femme peut poser pour «prendre sa vie en main». La motivation est souvent d'ordre sanitaire, mais l'acte par lequel une femme essaie d'arrêter de fumer constitue un effort pour prendre sa propre santé au sérieux. Pour bien des femmes, le système médical est perçu, en général, comme un système patriarcal et, à l'occasion, comme un système qui a tendance à «accuser les victimes». Quand vient le moment d'arrêter de fumer, bien des femmes ont besoin de sentir qu'elles ne seront pas culpabilisées ni considérées comme des victimes, mais au contraire qu'on les aidera à prendre leur vie en main. Au cours des 20 dernières années de la phase actuelle du mouvement de libération de la femme, un grand nombre de femmes ont estimé qu'elles devaient par dessus tout se libérer d'une foule de contraintes, et ce thème a été utilisé et exploité aussi bien dans les programmes d'éducation sanitaire que dans la publicité du tabac. Les coordonnatrices de *Smokefree* sont d'avis que les groupes mixtes, dans les programmes de renoncement au tabac, peuvent convenir, si les femmes se contentent d'un niveau de discussion assez superficiel. Deuxièmement, elles estiment que les groupes mixtes peuvent convenir si le mode de traitement utilisé est la thérapie de modification du comportement. Les méthodes utilisées avec les femmes dans le cadre du programme *Smokefree* comprennent le déconditionnement, la diminution progressive de la quantité de goudron et de nicotine absorbée, l'accroissement de l'intervalle entre les cigarettes et d'abondantes discussions de groupe.

Les personnes qui participent au programme *Smokefree* invoquent comme raison de leur initiation au tabagisme l'importance de l'appartenance, le désir d'être mince et la nécessité de conserver leur poids. Les raisons utilisées pour expliquer la conservation de l'habitude de fumer révèlent que ces femmes se sont senties «accrochées» ou intoxiquées et qu'elles ont craint de prendre du poids en arrêtant de fumer. Ces raisons ne sont pas exceptionnelles; l'expérience acquise dans le cadre du programme *Smokefree*, par contre, l'est. Les coordonnatrices du programme estiment qu'il est essentiel pour les femmes de se pencher sur la signification du tabagisme; elles voient dans l'analyse approfondie de la signification du tabagisme un sain développement. Globalement, le message de *Smokefree* est que les femmes doivent apprendre à devenir leurs propres «parents», c'est-à-dire apprendre à s'occuper d'elles-mêmes et à prendre leur santé en charge en assumant la responsabilité d'un certain nombre de changements dont le renoncement au tabac n'est qu'un aspect.

Le taux de réussite obtenu par le programme *Smokefree* est de 80 % à la fin du programme (d'une durée de huit semaines). Les organisatrices font actuellement un suivi pour évaluer la situation des diplômées des deux dernières années.

### *Association pulmonaire du Manitoba*

Depuis deux ans, l'Association pulmonaire du Manitoba offre elle aussi un programme de renoncement au tabac réservé aux femmes (à Brandon). Deux groupes ont jusqu'ici participé au programme; la création du prochain groupe est prévue pour janvier 1988. Les deux premiers groupes ont déjà fait l'objet d'une évaluation; toutefois, vu le petit nombre des participantes, l'éventail des expériences analysées est limité. La méthode utilisée s'inspire du programme «*Kick-It*». Selon Joanne Douglas de l'Association pulmonaire du Manitoba, les deux principaux thèmes abordés sont la régulation du poids et le renforcement de la confiance en soi.

L'Association n'a pas encore déterminé si elle continuera d'offrir des programmes de renoncement au tabac réservés aux femmes. Cela tient au fait que, à Brandon, la majorité des personnes qui souhaitent participer à des programmes de renoncement au tabac

sont des femmes et que les séances régulières du programme de renoncement au tabac n'attirent souvent que des femmes. De plus, le nouveau matériel qu'on doit commencer à utiliser en janvier 1988 *(Non-fumeurs en vingt jours)* aborde le thème de la régulation du poids et du renforcement de la confiance en soi d'une manière assez détaillée. La coordonnatrice estime donc qu'à l'avenir il ne sera peut-être pas aussi nécessaire que cela a été le cas au cours des deux dernières années, d'accorder une attention spéciale à la création de groupes réservés aux femmes.

L'expérience acquise au Manitoba met cependant en lumière les avantages qu'offre la création de groupes réservés aux femmes. Les groupes de soutien à long terme créés pour encourager les ex-fumeurs et éviter les rechutes sont plus souvent demandés par les femmes que par les hommes. En fait, les hommes font rarement la demande de mesures d'aide à long terme. Des femmes d'une région rurale (Killarney, Manitoba) ont été à l'origine de la création d'un programme d'entraide qui s'est poursuivi pendant deux mois, après la fin du programme normal. Cette expérience est unique en ce qu'elle témoigne de la capacité d'un groupe de prendre en main son propre programme et, ce faisant, de s'affirmer. Par ailleurs, au moment d'aborder des questions comme les rechutes, les femmes parlent d'expériences de vie différentes. Chez les femmes, les rechutes semblent associées à des événements négatifs : stress de la vie quotidienne, conflits, relations difficiles, etc. Chez les hommes, les rechutes sont associées à des événements positifs comme la perte de contrôle de la situation à l'occasion d'une réception ou de rencontres.

L'organisation et la planification du programme de l'Association pulmonaire du Manitoba méritent d'être signalées :

1. Les animateurs du programme et les conférenciers invités sont tous des femmes.

2. Le programme comporte un «réseau de copines».

3. Le programme offre des services de garde d'enfants et est accessible aux femmes qui travaillent à la maison.

Malgré cela, la plupart des participantes étaient des femmes qui travaillaient à l'extérieur, et toutes ont pris connaissance du programme grâce à la publicité qui en a été faite dans les journaux (*Promotion de la santé*, 1986, p. 22).

Ce programme fournit un exemple de programme de renoncement au tabac réservé aux femmes et neutre, c'est-à-dire qui ne recourt à aucune analyse féministe particulière. Par comparaison au programme *Smoke-free* de Toronto, il utilise une approche moins analytique, et la psychodynamique du besoin de fumer chez les femmes ne semble pas y être étudiée d'une manière approfondie. Il constitue en ce sens un exemple à la fois rare et intéressant d'un important organisme de santé qui a adapté son programme à relativement peu de frais et qui a su obtenir des résultats positifs en matière de développement communautaire en l'offrant en milieu rural.

Exception faite de ces deux programmes, il ne semble pas y avoir de programmes de renoncement au tabac réservés aux femmes au Canada. Le hasard peut faire que des groupes soient constitués uniquement de femmes, mais il est évidemment impossible, dans ces conditions, d'en planifier ou d'en évaluer adéquatement les activités. Il s'ensuit que l'expérience ainsi acquise ne peut pas être mise à profit. Liz Batten est d'ailleurs en train d'étudier la question au Royaume-Uni. Les résultats de ses recherches devraient être utilisés dans la formulation, au Canada, de mécanismes de structuration et d'évaluation de programmes de renoncement au tabac réservés aux femmes. De la même manière qu'il importe d'axer les programmes de prévention, les programmes d'éducation et le matériel éducatif sur les fumeuses qui en sont à l'étape d'indécision, il importe d'assimiler les femmes à un groupe spécial dans la planification des programmes de renoncement au tabac.

## D. Les mouvements de femmes et le tabagisme

Récemment encore, les mouvements de femmes étaient demeurés passablement silencieux sur la question du tabagisme. Les raisons à l'origine de ce silence sont complexes; elles ont été analysées au Canada (Greaves et Buist, 1986), aux États-Unis (Shear, 1985) et à l'échelle internationale (Jacobson, 1981 et 1986).

Parmi les principaux facteurs qui ont contribué à ralentir les progrès dans ce domaine, il convient de signaler :

1) le soutien accordé au sport féminin par les compagnies de tabac;

2) l'importance accordée à la publicité du tabac dans le soutien des magazines féminins;

3) l'influence des thèmes publicitaires axés sur l'émancipation et la libération;

4) le principe de la «liberté de choix» qui était à la base de la pensée des premières féministes;

5) les nombreuses questions d'ordre économique et social dont les femmes avaient à s'occuper en priorité;

6) les nombreuses questions de santé ou les menaces pour la santé des femmes dont celles-ci avaient à s'occuper;

7) le manque de renseignements sur le tabagisme accessibles au mouvement des femmes.

«Si l'on songe au nombre de fois que la «majorité morale» s'est attaquée aux droits des femmes en matière de reproduction, il est facile de comprendre pourquoi le mouvement des femmes américain a assimilé le tabagisme à une question secondaire» (Jacobson, 1986, p. 132).

On a reproché aux mouvements de femmes d'avoir «gardé le silence» sur la question du tabagisme alors qu'en fait ils dépendent largement du travail de bénévoles et sont souvent exposés à de graves pénuries de fonds. Il ne s'agit donc pas d'une omission délibérée, mais plutôt d'une omission qui résulte d'un choix à faire parmi de nombreuses priorités et avec de maigres ressources. Il n'en demeure pas moins que la question du tabagisme s'élève dans l'échelle des priorités des féministes de nombreux pays industrialisés, dont le Canada.

Le Comité canadien d'action sur le statut de la femme a organisé un atelier sur le tabagisme dans le cadre de sa réunion annuelle de 1986, il a adopté des résolutions énergiques contre la publicité du tabac et sur la réglementation de l'usage du tabac en milieu de travail, et, en 1987, il a créé un groupe de pression et présenté des mémoires pour encourager l'adoption des projets de loi C-51 et C-204. Il s'agit toutefois là d'efforts politiques qui ne sont pas nécessairement à l'image du travail fait par le mouvement pour la santé des femmes, qui oeuvre, à la base, depuis quinze ans au Canada.

Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (DAWN Canada), groupe de défense des intérêts des femmes handicapées, a demandé à divers organismes, et notamment aux mouvements de femmes, d'interdire l'usage du tabac dans toutes leurs réunions afin d'en faciliter l'accès aux femmes qui souffrent d'allergies, d'asthme et d'autres handicaps invisibles. Il s'agit là d'un moyen intéressant, voire prometteur, de changer les attitudes au sein du mouvement des femmes.

## E. Le mouvement pour la santé des femmes

■ ■ ■

Cet aspect du projet consistait à trouver des groupes de femmes du Canada qui oeuvrent dans le domaine de la santé des femmes et à réunir des renseignements sur le statut du tabagisme comme problème de santé des femmes. Les groupes rejoints ont été invités à répondre à des questions sur l'objet et les objectifs de leur organisme, leurs moyens de financement et leur mode de fonctionnement. On leur a posé des questions sur leur engagement en matière de tabagisme et leurs vues sur les raisons pour lesquelles les femmes fument et continuent de fumer. Enfin, on a interrogé les groupes sur leurs vues quant à la nécessité de créer des programmes de renoncement au tabac pour les femmes, et sur les questions qui devraient être examinées dans ces programmes pour que ceux-ci offrent un intérêt pour les femmes qui veulent arrêter de fumer.

Trentre-trois groupes de femmes de dix provinces ont été rejoints (Appendices D et E). Dans le cadre d'interviews téléphoniques, on a recueilli des renseignements sur le statut de ces groupes et sur l'intérêt qu'ils portent à la question du tabagisme comme problème de santé des femmes. L'échantillonnage et le choix des groupes se sont faits au fur et à mesure des contacts. Cette technique présente cependant des limites qui méritent d'être signalées. Bien des groupes sont formés uniquement de bénévoles, et ils ne disposent pas de fonds; il a donc parfois été difficile de les rejoindre. Il se peut de plus que nous n'ayons pas rejoint certains

groupes parce qu'ils ne sont pas en relation avec d'autres ou qu'ils ne sont pas connus des autres. L'absence actuelle d'un réseau officiel est l'un des facteurs qui limitent les communications.

Les interviews ont été centrés sur cinq principales questions :

1) la structure du groupe, ses buts et ses moyens de financement;

2) les rapports entre le groupe et les grands organismes ainsi que les organismes publics qui s'intéressent à la question du tabagisme;

3) le degré de sensibilisation du groupe à la question du tabagisme et ses vues à ce sujet;

4) les actions antérieures et les plans du groupe relativement à la question du tabagisme chez les femmes;

5) le point de vue du groupe sur l'importance à accorder au tabagisme dans ses priorités.

De tous les groupes rejoints, seule une clinique pour femmes offre des services de santé qui s'adressent directement aux femmes, en permanence et à plein temps. Il s'agit de la *Winnipeg Women's Health Clinic*. Le groupe est né il y a quinze ans, au moment où des femmes se sont réunies pour examiner ensemble des questions de santé qui les préoccupaient. Le groupe a grossi et, en 1981, il devenait officiellement la *Winnipeg Women's Health Clinic*. La clinique compte aujourd'hui un personnel de 20 personnes rémunérées, dont des médecins et des infirmières, et 40 bénévoles. Son budget de fonctionnement est d'environ 750 000 $. Le Manitoba compte également un autre projet à plein temps à Thompson : «*Gate Keepers*». Il s'agit d'un projet pilote de trois ans, qui est financé par la Promotion de la santé et dont le mandat consiste à promouvoir la santé des femmes dans les collectivités du Nord. Aucune autre province ne dispose d'organismes de promotion de la santé des femmes qui offrent à plein temps des services qui s'adressent directement aux femmes. Le Collectif de la Santé des Femmes de Vancouver offre bien des services de santé aux femmes, mais faute de moyens financiers, il ne peut le faire à plein temps.

Il semble que les mouvements de promotion de la santé des femmes prennent naissance quand des femmes se réunissent pour partager leurs préoccupa- tions sur des questions de santé propres aux femmes. Ces groupes ou ces centres de santé s'intéressent principalement aux problèmes qui concernent la fécondité et à des questions d'ordre gynécologique. Leur action peut prendre bien des formes : counseling (de groupe, individuel, de pairs), ateliers, brochures ou dossiers d'information, communiqués, conférences, groupes de défense et d'entraide). Dans certains cas, les groupes agissent comme centres de renseigne- ments et de ressources.

Les femmes interrogées ont toutes déclaré que leur travail se fait dans les domaines où les services et les connaissances manquent : DES, ménopause, régulation des naissances, avortement, syndrome prémenstruel, Depo-Provera, accouchement, etc. Les autres questions de santé dont elles s'occupent concernent principalement, encore une fois, des préoccupations propres aux femmes : cancer du sein et palpation, troubles de l'alimentation, régime amaigrissant, nutrition, questions de santé propres aux lesbiennes, produits pharmaceutiques, traitement des femmes par les professionnels de la santé, etc. Certains groupes s'occupent de questions de santé d'intérêt commun, mais à l'égard desquelles les besoins des femmes diffèrent de ceux des hommes : santé et sécurité au travail, santé mentale, stress, naturisme et sida.

### *Financement*

Le manque de fonds est l'un des principaux problèmes de ces groupes et il restreint considérablement leur faculté d'offrir des services et de diffuser des renseignements jugés importants pour la santé des femmes. La grande majorité des groupes qui touchent de l'argent reçoivent des subventions, projet par projet. Leur travail doit donc être fixé dans le temps, axé sur une question précise et jugé admissible par les organismes de financement. Des groupes ont reçu des fonds pour produire des dossiers d'information, organiser des conférences ou des ateliers sur des sujets comme le stress, le syndrome prémenstruel, les droits des malades, la régulation des naissances, l'accouchement, la nutrition, etc. Mais des groupes se sont également vu refuser des fonds pour d'autres questions de santé – comme l'accès à l'avortement. Compte tenu du financement disponible, le

niveau d'activité de certains groupes varie donc considérablement.

L'une de nos informatrices a souligné que, pour recevoir de l'argent du Programme de la promotion de la femme du Secrétariat d'État, il fallait convaincre les autorités de ce que les fonds demandés concernaient une question relative aux femmes. L'exemple donné était celui d'un groupe qui avait demandé de l'argent pour organiser un atelier sur l'hygiène du milieu. Ce critère pourrait exercer une influence marquée sur la possibilité pour les groupes de femmes qui s'intéressent au tabagisme d'obtenir des fonds. Comme le tabagisme n'est pas assimilé à un problème propre aux femmes, il se peut qu'il soit difficile d'obtenir de l'argent auprès de certaines sources.

Presque tous les groupes avec qui nous avons communiqué doivent compter sur des bénévoles. Certains ne reçoivent aucune aide financière, et leur existence est liée à l'engagement des bénévoles qui les forment. L'absence de financement de base empêche les groupes d'offrir des services continus pour répondre aux besoins des populations de femmes auxquelles ils s'adressent et restreint leur aptitude à avoir des vues à long terme sur des questions comme le tabagisme.

### *Rapports des groupes avec les grands organismes de santé*

Le mouvement de promotion de la santé des femmes s'est développé et continue de se développer parce que les femmes ont constaté que les grands organismes de santé négligent souvent de reconnaître les besoins et les préoccupations propres aux femmes. Les groupes interrogés ont tous rapporté qu'ils oeuvrent dans des domaines où les services offerts et les renseignements disponibles sont insuffisants. L'un des meilleurs exemples à cet égard est l'aide qu'ont apportée la *Winnipeg Women's Health Clinic* et le Collectif de la Santé des Femmes de Vancouver à des femmes qui ont réclamé des dommages-intérêts pour les préjudices qu'elles avaient subis après avoir utilisé le stérilet Dalkon Shield. Grâce aux efforts de ces groupes, par exemple, des renseignements sur le DES, le syndrome prémenstruel et le Depo-Provera ont pu être largement diffusés.

Les groupes avec qui nous avons communiqué travaillent avec les grands organismes quand cela est possible. Souvent, toutefois, il n'y a pas d'organismes en mesure de les aider ou de le faire d'une manière qui tienne compte des besoins des femmes. Le rôle de certains groupes consiste souvent à essayer de modifier l'attitude et les services des grands organismes de santé communautaire. En Nouvelle-Écosse, par exemple, le groupe WHAM (Women Health And Medicine) travaille à sensibiliser la profession médicale à des questions relatives au traitement des étudiantes en médecine et des malades de sexe féminin. D'autres groupes diffusent des renseignements et offrent de l'aide dans le domaine des techniques de la reproduction. Il existe évidemment des grands organismes qui diffusent des renseignements sur la régulation des naissances, mais ils ne fournissent pas la totalité des ressources ou des renseignements nécessaires, et leur action, estime-t-on, ne vas pas toujours dans le sens des intérêts des femmes.

Les groupes de femmes sont prêts à travailler avec d'autres organismes et à utiliser les ressources que ceux-ci mettent à leur disposition, pourvu que leurs objectifs coïncident. Toutefois, les femmes sont souvent obligées de répondre à leurs propres besoins en se donnant leurs propres programmes, par leurs propres moyens. Quand les groupes de femmes ont des besoins qui ne sont pas reconnus par les grands organismes de santé communautaire, les rapports entre les deux milieux sont loin d'être positifs.

### *Points de vue sur les femmes et le tabagisme*

Les personnes que nous avons interrogées sur les raisons qui poussent les femmes à fumer nous ont fait part d'un grand nombre d'impressions et d'idées. Pour bien des femmes, le contexte social joue un rôle important. L'usage du tabac est assimilé à un phénomène socialement acceptable, à un moyen de prouver sa maturité, sa «libération». La pression exercée par les pairs a également été présentée comme une force influente par les répondantes. Certaines ont émis l'hypothèse que les femmes commencent à fumer parce qu'elles s'ennuient ou parce qu'elles cherchent quelque chose à faire, particulièrement avec leurs mains. Certaines croient que l'usage du tabac donne un sentiment de sécurité ou qu'il atténue le stress. Les femmes mènent une vie de plus en plus stressante, dans la mesure où un nombre croissant d'entre elles deviennent responsables de famille monoparentale ou doivent composer avec deux emplois – un à la maison et un autre à l'extérieur de la maison. D'autres, enfin,

ont déclaré que les femmes commençaient à fumer pour éviter d'engraisser ou pour perdre du poids.

Le problème de l'augmentation de la consommation de tabac des adolescents inquiète beaucoup. Aux yeux des femmes que nous avons interrogées, le phénomène tient à des facteurs comme la pression des pairs et l'usage du tabac en signe de rébellion ou comme preuve de maturité. L'une des répondantes a indiqué que ces facteurs jouaient un plus grand rôle chez les adolescentes en raison du fait que les filles sont plus réprimées que les garçons du même âge. Il a également été mentionné que les jeunes ne croient pas que le tabac puisse avoir d'effet sur eux. Dans le document intitulé *L'activité physique et les jeunes au Canada*, on signale que légèrement moins de filles (59 %) que de garçons (62 %) perçoivent le fait de ne pas fumer comme quelque chose de très important. En revanche, 60 % des jeunes filles et 39 % des jeunes garçons estiment que la régulation du poids est quelque chose de très important.

> «Ces résultats donnent à penser que les adolescentes s'efforcent de maintenir leur poids en fumant et non en faisant de l'exercice, voire en faisant de l'exercice et en fumant. Comme le tabac est un coupe-faim, il peut fort bien se révéler suffisamment utile dans la lutte contre l'embonpoint pour devenir un allié à vie.»
>
> (Enquête Condition physique Canada, *L'activité physique et les jeunes au Canada*, Condition physique et Sport amateur, octobre 1983, p. 22)

Dans un document intitulé *Health of Adolescent Girls : Principles and Recommendations* (décembre 1985), le conseil consultatif du statut de la femme du Nouveau-Brunswick (NBACSW) a utilisé ces renseignements pour établir un lien entre l'usage du tabac chez les adolescentes et leur désir de perdre du poids. Dans son rapport, le NBACSW s'inquiétait également des risques accrus de troubles cardio-vasculaires auxquels s'exposent les femmes, et particulièrement les jeunes femmes, qui fument et qui prennent des contraceptifs oraux.

Pour bien des femmes, la publicité exerce une influence sur l'initiation au tabagisme. L'une des répondantes estime que, dans bien des messages publicitaires, on assimile l'usage du tabac à une source de plaisir et de bonheur. Si vous fumez, vous serez entourées d'hommes et d'amis, riches, actives, et votre prestige s'en trouvera grandi. Nous connaissons toutes bien le message publicitaire «You've come a long way, baby». Les femmes que nous avons interrogées étaient d'avis que la publicité du tabac avait une influence particulièrement marquée sur les jeunes femmes. Ce fait et l'impression que les jeunes ont que le tabac ne peut pas avoir d'effet sur leur santé inquiétaient tout particulièrement bon nombre des femmes interviewées.

### *Conservation de l'habitude de fumer*

Bien que de nombreuses répondantes aient reconnu que le tabac entraîne une dépendance, il est rare qu'elles aient établi un lien entre l'accoutumance au tabac et la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool. Les groupes de femmes qui s'étaient intéressés à la dépendance à l'égard de certains produits chimiques ne s'étaient pas penchés sur la question du tabagisme à cette occasion, et ils n'ont reconnu ce lien qu'après qu'on le leur ait proposé. Les répondantes n'ont pas tardé à appuyer vigoureusement l'idée d'assimiler le tabagisme à une toxicomanie.

Les femmes interviewées se sont également montrées préoccupées par le rapport entre le tabagisme et la régulation du poids. Pour l'une d'elles, les femmes trouvent plus important d'avoir l'air en santé que d'être effectivement en santé, dans la mesure où on les estime pour leur apparence.

### *Statut socio-économique*

Le problème du tabagisme inquiète davantage les groupes qui travaillent auprès de femmes à faible revenu. Le groupe *Support for Single Mothers* de Moncton signale que 90 % des mères qui font appel à ses services sont des fumeuses. Les répondantes qui ont travaillé avec des femmes à faible revenu n'ont obtenu que de maigres succès dans les questions relatives à la santé. Le groupe *Support for Single Mothers* a essayé d'organiser un atelier sur l'abandon du tabac, mais personne n'y a participé. Le *North End Women's Centre* de Winnipeg a observé des problèmes analogues dans ses efforts visant à promouvoir l'idée du renoncement au tabac auprès de sa population cliente. Pour l'une des femmes interviewées, le facteur qui explique qu'on ait obtenu moins de succès auprès des femmes à faible revenu qu'auprès des femmes à revenu moyen est le degré d'emprise que les

femmes estiment avoir sur leur vie. L'approche individuelle donnerait apparemment de meilleurs résultats chez les femmes à revenu moyen dans la mesure où celles-ci ont généralement le sentiment d'avoir une plus grande emprise sur leur vie. Les femmes à faible revenu, en revanche, ont plus souvent le sentiment de ne pas avoir le moyen d'agir sur ce qui leur arrive. Les groupes qui s'intéressent précisément aux femmes à faible revenu ne se sont pas donné de politiques «antitabac», car ils estiment que l'usage du tabac est le seul plaisir qu'ont bien des assistées sociales. Apparemment, les femmes autochtones n'apprécient pas qu'on s'en prenne à l'habitude qu'elles ont de fumer. Elles voient dans l'usage du tabac un élément de leur culture. «L'alcool est l'affaire des Blancs, et le tabac, celle des autochtones». Les autochtones résistent donc farouchement aux pressions antitabac. Les éducateurs préoccupés par le tabagisme et la santé auront à relever là un défi de taille.

### *Stress*

Bien des femmes ont établi un lien entre le stress et l'usage du tabac dans leur analyse des raisons qui incitent les femmes à continuer de fumer. Les femmes qui ont une approche globale de la santé ont assimilé le tabagisme à un symptôme de stress. L'insuffisance des revenus, le soin des enfants, la sécurité et le logement comptaient parmi les importants facteurs de stress énumérés par les répondantes. Les répondantes en relation avec des femmes en état de crise – celles qui travaillaient dans des maisons d'accueil pour femmes battues, par exemple – se sont souvent dites d'avis que parler de tabagisme dans ces circonstances ne ferait qu'accroître le stress que les femmes éprouvent déjà et qu'il ne leur revenait pas d'aborder le problème à ce moment-là. L'une des répondantes a déclaré que certaines «clientes» avec lesquelles elle travaille affirment qu'elles vont arrêter de fumer après avoir apporté à leur mode de vie des modifications qui pressent davantage. Aux yeux des femmes en faveur de cette façon de voir, considérer uniquement la question du tabagisme équivaut à méconnaître la cause des problèmes et des stress auxquels les femmes sont exposées et pourrait contribuer à renforcer le statut de «victimes accusées» contre lequel les femmes doivent lutter.

### *Antécédents en matière de lutte antitabac*

La grande majorité des femmes du mouvement pour la santé des femmes n'ont pas assimilé le tabagisme à un problème contre lequel elles devaient lutter. Seuls quelques-uns des groupes avec qui nous avons communiqué avaient offert des programmes relatifs à l'usage du tabac. Deux d'entre eux ont organisé des ateliers d'une journée et deux autres ont essayé de mettre sur pied un programme de renoncement au tabac. Dans deux cas, on a travaillé directement avec des femmes à faible revenu. Le nombre des participantes ayant été insuffisant, on n'a pas obtenu les résultats escomptés. En Saskatchewan, des ateliers ont été organisés et bien accueillis, particulièrement par les femmes vivant en milieu rural. Le seul programme de renoncement (par opposition à un simple atelier) à connaître un véritable succès a été organisé et administré par le groupe «Gate Keepers», dans le nord du Manitoba, grâce à une subvention fédérale de trois ans. Déjà, le groupe a offert un programme de six semaines baptisé «Les femmes et le renoncement au tabac», et il en prépare actuellement un autre, qui durera quatre semaines. Le programme est axé sur les techniques d'abandon du tabac et les questions de nutrition. Les ateliers ont été conçus en collaboration avec la Société du cancer et l'Association pulmonaire. Le *Regina Health Sharing* a également organisé des ateliers d'une journée sur les femmes et le tabagisme, et ceux-ci ont été bien accueillis.

### *Le tabagisme : problème prioritaire*

La quasi-totalité des organismes rejoints ne voient pas dans le tabagisme un problème prioritaire. Même si bien des répondantes ont affirmé que la question du tabagisme avait été soulevée, elles ont expliqué que les décisions relatives aux priorités se prennent souvent en groupe et que l'on ne s'était jamais entendu sur la nécessité de s'attaquer au tabagisme. Certains groupes ne fournissent des renseignements que s'ils en reçoivent la demande. Quelques groupes étaient formés de non-fumeuses, et le tabagisme n'y était donc pas vu comme un problème. D'autres groupes voient dans le tabagisme un problème personnel dont le groupe n'a pas à s'occuper. Dans quelques groupes, la solution utilisée consiste à interdire l'usage du tabac dans les bureaux et les réunions, mais à prévoir des pauses pour les fumeuses. Apparemment, on considère alors que le problème est «résolu». Comme l'usage du tabac est interdit dans un nombre croissant d'édifices et de bureaux, beaucoup ont l'impression que le «problème» du tabagisme est en train de disparaître. Cela mène à une attitude «loin des yeux, loin de l'esprit», qui risque de reporter davantage le problème

du tabagisme au bas de l'échelle des priorités des groupes de femmes.

Par région, et par classe sociale, le problème du tabagisme est loin de soulever les mêmes inquiétudes. Ainsi, le problème préoccupe bien davantage les groupes qui travaillent avec des femmes à faible revenu que ceux qui s'occupent de femmes à revenu moyen. De même, l'usage du tabac chez les femmes constitue un problème beaucoup plus préoccupant dans l'est du Canada que dans l'ouest du pays. Contrairement aux groupes de la plupart des autres régions, la majorité des groupes en activité au Québec n'ont pas de politique antitabac. Les femmes des régions rurales des provinces des Prairies se disent inquiètes du problème du tabagisme; par contre, le groupe ontarien *Women Today*, qui oeuvre lui aussi en milieu rural, n'en fait pas une question prioritaire. Cette différence d'attitude est peut-être liée au niveau d'accès de la population aux renseignements diffusés par d'autres organismes. Les groupes de femmes trouvent moins important d'offrir des renseignements sur le tabagisme si d'autres groupes peuvent le faire.

En 1984, le *Northern Ontario Women's Health Education Project* a commandité un projet baptisé *A Survey of Women's Health Needs in Northwestern Ontario*, dans le cadre duquel on a évalué, au moyen d'un questionnaire, un large éventail de besoins des femmes en matière de santé, dans les régions de Thunder Bay et Kenora. En ce qui concerne les classes de renoncement au tabac, 13 % des 478 répondants ont déclaré qu'elles étaient disponibles, 51 %, qu'elles étaient nécessaires, 15 %, qu'elles n'étaient pas nécessaires et 22 %, qu'ils n'avaient pas d'opinion. Dans les 13 collectivités visées par l'enquête, le degré d'utilité attribué aux classes de renoncement au tabac oscillait de 25 % à 86 %. Le projet a notamment mené à la recommandation suivante :

> «Il est souvent demandé de créer un atelier pour aider les femmes à renoncer au tabac. Le ministère de la Santé et le Service d'hygiène publique devraient instituer un programme d'éducation dynamique sur la question des dangers du tabagisme. Toutefois, si les femmes fument pour se calmer, ainsi que semblent le montrer les données c'est qu'elles ont besoin d'autre chose : capacité accrue de faire face à leurs problèmes, réduction du stress et amélioration de la condition physique.»
>
> (*Northwestern Ontario Women's Health Project*, 1984, p. 54)

### *Le tabagisme : question de femmes*

Dans environ 85 % des groupes de femmes avec qui nous avons communiqué, on estime que des programmes de renoncement au tabac distincts devraient être offerts aux femmes. Les répondantes ont relevé un grand nombre de problèmes qui se présentent d'une manière différente pour les femmes – les facteurs de stress qui mènent au tabagisme, par exemple. Souvent, elles ont remarqué que les femmes n'échangent pas entre elles les mêmes renseignements quand elles se trouvent dans un groupe composé uniquement de personnes de leur sexe. La différence entre hommes et femmes qu'on a constatée le plus souvent avait trait à la relation entre le tabagisme et l'augmentation du poids. L'une des travailleuses de la santé que nous avons interviewées a déclaré que, comme les femmes sont estimées pour leur apparence, elles trouvent souvent plus important d'être minces que bien portantes. Une autre a indiqué qu'il importait de faire une différence entre la fumeuse adolescente et la personne qui fume depuis 20 ans.

Dans notre société, les femmes sont souvent celles qui font les choses pour les autres. Cela semble également vrai en ce qui concerne l'usage du tabac. Par exemple, il circule une masse de renseignements sur les dangers que présente pour la santé du foetus l'usage du tabac chez la femme enceinte. Le tabagisme, dans ce contexte, inquiète les groupes qui travaillent dans le domaine des soins prénatals. Bien des femmes ont remarqué qu'elles avaient eu connaissance de femmes qui avaient arrêté de fumer pendant qu'elles étaient enceintes et qui avaient recommencé après la naissance de leur enfant. L'une d'elles était d'avis que les programmes de renoncement au tabac devraient s'adresser à l'ensemble des membres de la famille. Elle s'inquiétait des difficultés que peut avoir à surmonter la personne qui essaie d'arrêter de fumer alors que tous les autres membres de la famille continuent.

Les groupes avec qui nous avons communiqué sont tous limités dans leurs activités, faute de fonds. Ils estiment que leur principal rôle consiste à offrir à la collectivité des renseignements et des services que la

population ne peut pas trouver ailleurs. Si un service est déjà fourni par d'autres, ils évitent de l'offrir eux-mêmes, mais cherchent plutôt à fournir des services ou des renseignements qui ne sont pas offerts par d'autres groupes. Comme des programmes de renoncement au tabac sont déjà offerts dans les grands centres par des organismes comme l'Association pulmonaire, les groupes de femmes ne sentent pas la nécessité de combler ce besoin.

Cela explique que le mouvement pour la promotion de la santé des femmes ne soit pas engagé activement au Canada dans la lutte antitabac. Le tabagisme ne fait que commencer à être assimilé à un problème qui devrait préoccuper les femmes. Même si les femmes sont portées à admettre que le problème du tabagisme se pose dans bien des cas d'une manière différente pour les hommes et pour les femmes et qu'on devrait créer des groupes de renoncement au tabac pour femmes seulement, il est rare que le tabagisme soit vu dans une perspective féministe.

Apparemment, le principal obstacle à un engagement réel des groupes de femmes dans la lutte contre le tabagisme tient au fait que bien des questions de santé concernent uniquement les femmes et que les autres groupes ne s'y intéressent pas; il revient alors aux groupes de promotion de la santé des femmes de s'en préoccuper.

### *Au Québec*

Pour nous faire une idée de la situation du tabagisme chez les femmes du Québec, nous avons consulté dix sources (Appendice E) : cinq groupes de femmes ou informateurs de sexe féminin et cinq grands groupes de lutte contre la maladie.

L'un des grands organismes que nous avons joints, la Société de recherche sur le cancer du Québec, n'organise que des campagnes de financement et n'offre pas de programmes publics. Les Adventistes du Septième Jour ont mis sur pied un programme communautaire de renoncement au tabac appelé le «programme de 5 jours». Ce programme est offert aux hommes et aux femmes, sans qu'il ne soit fait de différence entre les sexes. La personne avec qui nous avons communiqué, E. Morosoli, est d'avis que les fumeurs de l'un et l'autre sexe ne présentent que des différences minimes dont le programme tient compte. La Fondation des maladies du coeur n'offre pas de programmes spéciaux à l'intention des femmes; toutefois, après avoir pris connaissance des exposés récemment présentés dans le cadre d'un atelier organisé en 1987 par le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, les autorités estiment maintenant que le problème du tabagisme chez les femmes devrait être vu sous un angle différent. En avril 1987, l'Association québécoise des non-fumeurs a commencé à faire une étude sur le tabagisme chez les jeunes femmes. La population cible est celle des écoles secondaires, des collèges et de certaines écoles primaires. Les résultats doivent être disponibles à la fin de 1987. On espère qu'ils aideront l'Association à mieux orienter les campagnes antitabac destinées aux femmes.

Nous avons également joint cinq femmes qui travaillent dans le domaine de la santé des femmes.

1) Le Centre des femmes de Verdun utilise des bulletins généraux sur le tabagisme et ses effets, mais n'a pas encore fait de travail dans le domaine bien précis du tabagisme chez les femmes. L'organisme envisage actuellement la possibilité de réduire la consommation de tabac au Centre. La moitié des membres du personnel fument.

2) Le Centre de santé des femmes de Montréal s'intéresse principalement à l'utilisation des drogues par les femmes. Les femmes sont autorisées à fumer au Centre, et la moitié des membres du personnel fument. Le Centre ne prévoit pas étudier la question du tabagisme chez les femmes, qui n'y est d'ailleurs jugée un problème propre aux femmes. On estime que les femmes sont renseignées sur les effets du tabac par les professionnels de la santé (les médecins) et que le problème du tabagisme est le même pour les femmes que pour les hommes. Le groupe n'entretient pas de rapports avec les autres organismes préoccupés par le problème du tabagisme.

3) À la Cité de la Santé de Laval, on a réalisé, il y a deux ans, un projet sur l'usage du tabac et les femmes, à l'hôpital. Des signets et un message sur la santé des femmes ont été distribués. L'hôpital dispose de zones pour non-fumeurs et il prévoit faire des recherches pour déterminer si l'usage de la cigarette devrait être interdit dans tout l'hôpital. On envisage également la possibilité d'utiliser la radio pour diffuser des renseignements.

4) La Fédération du Québec pour le planning des naissances s'intéresse à la question de la santé des femmes. On y est préoccupé par l'usage du tabac chez les femmes enceintes, mais on ne s'est pas penché sur d'autres questions relatives au tabagisme chez les femmes. La Fédération n'a pas de politique officielle en matière d'usage du tabac dans ses bureaux.

5) Huguette Dagenais, qui travaille à l'Université Laval, a fait des recherches et publié un document de travail sur la question des femmes et du tabagisme, mais elle n'a pas d'autres projets dans ce domaine.

Apparemment, la situation au Québec s'apparente à celle qui s'observe dans d'autres régions du pays en ce qu'on ne s'y intéresse pas au problème du tabagisme chez les femmes. À certains égards, le Québec est en retard sur d'autres provinces où des groupes de femmes ont institué des politiques antitabac dans leur centre. Ce manque d'action tient peut-être à la forte proportion des fumeuses au sein des organismes que nous avons joints. Dans d'autres secteurs où des politiques antitabac ont été adoptées, la majorité des travailleurs étaient des non-fumeurs. En matière de tabac, il semble y avoir un lien entre les habitudes de ceux qui travaillent au sein d'un organisme et leur réaction face au problème du tabagisme.

## F. Perspectives d'action

28. Les sections locales, régionales et nationales des grands organismes de lutte contre la maladie, des groupes de défense et des ministères devraient organiser à l'intention de leurs pendants des organismes et groupes de femmes, du Conseil national des femmes du Canada et de conseils consultatifs un programme de sensibilisation conçu pour susciter et promouvoir leur engagement dans la lutte contre le tabagisme chez les femmes. De plus, les organismes de lutte antitabac qui offrent des programmes à l'intention des femmes devraient inviter les groupes de promotion de la santé des femmes de tout niveau – local, provincial et national – à participer à l'organisation de leurs activités ou à les co-commanditer.

29. En qualité de pourvoyeurs de fonds, le Programme de la promotion de la femme du Secrétariat d'État et le ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social devraient encourager les groupes de promotion de la santé des femmes à leur soumettre des projets de programmes antitabac destinés aux femmes, et notamment un projet d'élaboration, d'analyse et d'évaluation d'un programme de renoncement au tabac axé sur les femmes et fondé en partie sur la consultation de groupes de femmes et sur des données qualitatives recueillies auprès de femmes.

30. Le mouvement de promotion de la santé des femmes doit avoir accès à des fonds d'exploitation qui lui permettent de s'intéresser au comportement des femmes à l'égard de questions générales comme la consommation de tabac et d'alcool, en plus des questions de santé qui concernent précisément les femmes (le syndrome prémenstruel, le DES, l'accouchement, etc.), afin que les groupes de femmes soient en mesure de participer à la formulation de modèles, de concert avec les grands groupes de promotion de la santé.

31. Des efforts doivent être faits pour organiser un examen de *tout* le matériel d'éducation en matière de tabagisme qu'utilisent actuellement les administrations publiques, les organismes de lutte contre la maladie et les groupes de défense, examen dans le cadre duquel on évaluera les biais d'ordre sexuel, l'inéquité, l'imprécision ou le caractère superficiel du traitement du tabagisme chez les femmes.

32. Les associations, les syndicats ou les organismes de professions dominées par les femmes (infirmières, enseignantes, secrétaires, travailleuses sociales, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) et les sections féminines d'autres groupes professionnels doivent être encouragés à publier des documents sur le tabagisme chez les femmes et à co-commanditer des programmes de renoncement au tabac en milieu de travail.

33. Les organismes qui représentent les médecins de sexe féminin doivent être encouragés à jouer un rôle de premier plan dans l'organisation d'un programme de lutte contre le tabagisme chez les femmes.

34. Des efforts de coopération mettant à profit divers médias doivent être faits pour sensibiliser les femmes au problème du tabagisme et influencer leur attitude à cet égard, comme :

    i) la production de bandes vidéo ou sonores (qui seraient utilisées pour communiquer des renseignements aux personnes qui vivent en milieu rural, qui sont moins instruites, qui sont handicapées ou qui souffrent de troubles de la vision);

    ii) la production d'un film sur les femmes et le tabagisme (par le Studio D de l'Office national du film, peut-être);

    iii) la publication d'un dépliant sur les femmes et le tabagisme.

# Chapitre 9

## A. Possibilités d'orientation des programmes

À l'avenir, les programmes devront s'appuyer sur des idées novatrices si l'on veut offrir aux autorités responsables de l'éducation en matière de santé et aux groupes communautaires le soutien et les orientations voulus et si l'on veut amener les femmes et les adolescentes à de véritables changements en matière de tabagisme. Les messages de santé généraux qui concernent l'usage du tabac n'exercent pas actuellement l'effet recherché sur certains sous-ensembles de la population des fumeurs – les adolescentes et les jeunes femmes – et certains groupes comme les femmes autochtones, les femmes âgées et les femmes économiquement défavorisées. Pour atteindre ces sous-groupes, il faudra formuler de nouvelles approches, réorienter la politique et les programmes de prévention, d'éducation publique et de renoncement au tabac, et produire du matériel éducatif qui s'adresse précisément aux groupes visés.

### *Plus que des messages de santé*

Bien que les messages de santé soient essentiels et qu'ils demeureront à la base du schéma de modification de l'usage du tabac chez les adolescentes et les femmes, il importe qu'on insiste dorénavant davantage sur d'autres thèmes dans les campagnes de prévention, d'éducation et de renoncement au tabac. Le thème de la semaine nationale des non-fumeurs de 1988 («Toi et moi, c'est fini») offre un exemple de message psychologique et politique par lequel on cherche à amener les fumeurs à «prendre en main leur vie» en «choisissant de ne pas fumer». Ce point de vue mérite d'être approfondi, et des messages analogues d'ordre social, psychologique et politique devraient être communiqués aux divers sous-groupes.

### *Discours*

Un deuxième ordre de changement essentiel concerne le discours. Le discours qu'on tient aujourd'hui dans tous les domaines de la lutte contre le tabagisme est souvent bien négatif. Par exemple, l'abandon est associé à une idée de perte, de mort, de fin. Les thèmes utilisés dans les campagnes de renoncement au tabac font appel à des énoncés ou à des expressions comme «arrêter de fumer», «fumer, c'est empester», «antitabac». Dans les campagnes de prévention, on utilise des expressions comme «ne jamais fumer»; dans les campagnes d'éducation publique, on a parfois recours à des moyens plus spectaculaires : «les perdants fument», «fumer tue!». Il se peut que ce discours ait incité certains fumeurs à réduire leur consommation de tabac ou à modifier leur comportement; on ne devrait pas moins étudier sérieusement la possibilité d'utiliser un discours positif pour obtenir des effets analogues sur certains groupes résistants. Même s'il est un peu gauche, le message «commencer à ne pas fumer» peut fort bien présenter plus d'attrait qu'une expression comme «arrêter de fumer». «Demeurer affranchis du tabac» est un énoncé positif, tout comme le sont les énoncés «prendre sa vie en main» ou «affirmer sa liberté». Il importe donc de faire un effort concerté pour trouver des phrases et des expressions positives qui puissent être utilisées dans les campagnes contre le tabagisme.

### *Prévention*

Il est difficile d'empêcher les adolescentes et les femmes de s'initier à l'usage du tabac; l'examen des travaux présentés au chapitre 3(B) fait néanmoins ressortir quelques thèmes qui pourraient être mis à profit dans les campagnes de prévention.

1. Chez les adolescentes, l'initiation au tabagisme est influencée par la volonté, le désir ou la nécessité d'appartenir à un groupe.

2. Les jeunes filles commencent à fumer entre 12 et 15 ans.

3. Comme les femmes adultes, les adolescentes semblent utiliser la cigarette comme coupe-faim, et nombre d'entre elles ont suivi un régime amaigrissant dans l'espoir d'avoir un corps idéal.

Comme les adolescentes forment le groupe de la population dont la condition physique laisse le plus à désirer, il semble que, pour être efficace, une campagne d'éducation sanitaire axée sur la prévention devrait être globale et porter aussi bien sur l'usage du tabac que sur la condition physique, le régime alimentaire, le poids et la régulation de l'appétit. Si l'on tient

compte d'une manière éclairée des inquiétudes que suscite l'augmentation du poids et la question du schéma corporel, on pourrait fort bien obtenir des résultats intéressants en matière de tabagisme auprès des adolescentes. Avant d'orienter les campagnes de prévention dans cette direction, on devrait toutefois étudier la question en profondeur et concevoir un programme précis et adapté aux besoins qui serait lui-même testé avec des données longitudinales.

Pour les adolescentes (et, plus tard, les femmes), les questions rattachées à l'image de soi jouent un rôle important, et elles tirent leur origine d'un processus de socialisation profondément enraciné. Même si elles débordent apparemment le cadre des campagnes de prévention du tabagisme, les questions comme les images négatives de soi-même et de son corps jouent un rôle important chez les adolescentes, et on doit en tenir compte pour obtenir un programme de prévention qui soit global et efficace. Il importe également de s'intéresser à la nécessité de faire passer le centre de contrôle des adolescentes de l'extérieur à l'intérieur. L'élargissement de l'acceptabilité culturelle de formes et de tailles du corps différentes de celles que diffusent la mode et les médias et l'approbation sociale de la condition physique, de la force et de la participation des femmes aux sports de compétition constituent d'importantes modifications systémiques que nous devrons apporter à notre culture pour susciter et entretenir chez les jeunes femmes une attitude favorable à la santé. En accordant un soutien financier égal à la pratique des sports d'équipe par les adolescentes, on aiderait beaucoup à redéfinir la santé des femmes.

L'inactivité relative, le piètre état de santé et les mauvaises habitudes d'hygiène (l'usage du tabac, par exemple) des adolescentes et des femmes sont l'image de certains aspects de la société dans laquelle nous vivons. Au fur et à mesure que les adolescentes se sensibilisent aux limites imposées à leur avenir et aux pressions culturelles imposées à leur comportement, elles ont le sentiment de perdre l'emprise qu'elles peuvent exercer sur leur vie. Dans ce contexte, les gratifications sociales, psychologiques et physiologiques que procure, sur le champ, le tabac offrent un puissant attrait.

### *Éducation publique*

L'éducation publique ayant pour objet de faire passer des messages dans le domaine public, elle a nécessairement un caractère général; il n'en demeure pas moins qu'on peut viser des collectivités bien précises en s'aidant des techniques d'éducation publique et aborder, par ce biais, des thèmes bien précis. Pour faire ressortir des différences régionales d'usage du tabac, par exemple, on pourrait axer une campagne sur une collectivité occupant un territoire précis. Par exemple, on pourrait fort bien retenir cette approche pour informer les Québécoises de ce qu'elles ont un taux de tabagisme supérieur à la moyenne. Les campagnes peuvent également être axées sur les groupes qui ont des caractéristiques en commun – la communauté des femmes ou la communauté des femmes autochtones, par exemple. Ces groupes s'étendent dans tout le Canada et sont liés les uns aux autres par des intérêts, des objectifs et une base d'interaction communs. Ces structures communautaires peuvent être utilisées pour diffuser d'autres messages ou intégrer des messages sur le tabagisme chez les femmes aux messages qui sont déjà diffusés.

De façon générale, on devrait s'efforcer de reconnaître les collectivités géographiques et non géographiques et d'utiliser les structures en place pour diffuser des messages d'éducation en matière de tabagisme. Pour mettre cette recommandation à exécution d'une manière efficace, il faudra établir un réseau de communication entre les diverses collectivités et entre les collectivités et l'État, les organismes de promotion de la santé et les organismes de lutte contre la maladie. Cela aura pour effet d'aider ces collectivités à mieux se comprendre les unes les autres. Cette meilleure compréhension serait très profitable en ce qu'elle atténuerait la méfiance, la distance et l'aliénation. Enfin, on pourrait en venir à créér des comités de coordination locaux qui comprendraient des représentants des divers segments de la collectivité et qui pourraient planifier ou évaluer, à l'échelon local, les programmes d'éducation publique, dans un véritable esprit de coopération.

### *Non-fumeurs contre fumeurs*

Les messages d'éducation publique doivent également avoir pour cible les non-fumeurs et les ex-fumeurs. Depuis quelques années, ces groupes forment la majorité, au Canada. Cela a permis l'adoption de mesures législatives de plus en plus restrictives à l'égard de l'usage du tabac et l'apparition de nouvelles normes régissant les relations entre fumeurs et non-fumeurs. Bien que la prévalence du tabagisme en soit

ainsi arrivée à diminuer, ces nouvelles normes ont des conséquences latentes ou imprévues.

Les fumeurs sont exposés à de nouvelles configurations sociales, car ils doivent maintenant se rendre dans de nouveaux «fumoirs» (ou sur les galeries, dans les réceptions), du simple fait qu'ils fument. De même, les non-fumeurs ont tendance à se grouper, du simple fait qu'ils ne fument pas. Il s'ensuit une nouvelle dichotomie «fumeurs – non-fumeurs» qui contribue à accroître la distance entre les groupes, au fur et à mesure que les non-fumeurs prennent confiance en eux et que les fumeurs «s'enterrent».

Du point de vue des fumeurs, cette situation contribue à renforcer leur identité de «fumeur» et à accroître leur volonté de soutenir les autres fumeurs et de ne pas abandonner leurs amis fumeurs en renonçant au tabac.

D'un autre côté, cette situation contribue à accroître la vigilance – et parfois le sentiment d'hostilité – des non-fumeurs à l'égard des fumeurs. Cette hostilité est injuste en ce qu'elle vise les fumeuses qui deviennent les boucs émissaires de l'industrie du tabac et la cible de la publicité des produits du tabac. Cette attitude équivaut également à méconnaître le fait que le tabac est un produit qui détermine une accoutumance et que les fumeurs sont d'une certaine manière piégés. Il faut toutefois éviter de faire des victimes des fumeurs, car cela équivaut à assimiler la prise de contrôle de soi-même à quelque chose de difficile. On devra par conséquent adresser des messages d'éducation publique subtils aux non-fumeurs pour susciter une collaboration entre non-fumeurs et fumeurs et trouver des moyens d'appuyer les fumeurs en évitant de prêcher, d'en faire des victimes, de les isoler, de les aliéner ou de les écarter d'éventuelles sources d'appui. Si la majorité des non-fumeurs arrivaient à adopter ces attitudes en témoignant d'une plus grande sympathie à l'égard des fumeuses, celles-ci seraient peut-être plus enclines, en dépit des nouveaux mécanismes de soutien social créés par des règles de plus en plus restrictives, à renoncer au tabac et à se joindre à la majorité des non-fumeurs en s'y sachant bienvenues et attendues.

On pourrait par exemple lancer une campagne sur le thème «invitez un fumeur à manger». S'identifier à un fumeur, conseiller un fumeur, adopter un fumeur sont autant de variations sur ce thème qui pourraient être intégrées à des messages d'éducation publique, voire à des programmes communautaires pilotes.

On pourrait également retenir une approche qui consiste à comparer le tabagisme à d'autres formes de toxicomanie. En général, nous témoignons d'une beaucoup plus grande sympathie à l'égard de l'alcoolique ou du drogué qu'à l'égard du fumeur, et nous leur attribuons une moins grande responsabilité qu'aux fumeurs.

Les programmes d'éducation qui s'adressent au grand public devraient également recourir à un autre thème : rendre acceptable – voire nécessaire – le fait que les fumeurs aient à faire des efforts répétés pour arrêter de fumer. (Il y a d'ailleurs ici une analogie directe à faire avec le problème des femmes battues. Il y a dix ans, le public et les professionnels refusaient d'appuyer les femmes battues qui ne cessaient de retourner dans des foyers où elles étaient exposées à la violence. Parfois, une femme devait passer par plusieurs cycles de violence avant d'arriver à développer sa capacité de faire face à ses problèmes. Dans une certaine mesure, les programmes d'éducation ont contribué à modifier cette attitude.) De la même façon, les personnes qui essaient d'arrêter de fumer peuvent avoir à faire plusieurs tentatives en ce sens. Chacune représente un progrès dans la mesure où le fumeur a arrêté de fumer pour un temps, a fumé moins de cigarettes, a fait des efforts, a fait l'expérience de la non-consommation de tabac et mérite des éloges.

### *Programmes communautaires*

De façon générale, on devrait mettre à profit ces idées sur les différents types de collectivité et ces thèmes dans le cadre de deux programmes communautaires pilotes. On pourrait choisir deux collectivités du Canada, l'une en milieu rural et l'autre en milieu urbain, en portant une attention particulière aux éléments francophones et anglophones, dans l'élaboration de programmes d'éducation communautaires multiformes.

Ces programmes pourraient comporter une vigoureuse composante d'éducation publique ainsi que des mesures de prévention et d'abandon qui se prêteraient à une évaluation longitudinale. Il devrait s'agir de projets jumeaux, largement financés, d'une durée d'au moins trois ans. L'idée de créer un programme de renoncement au tabac réservé aux femmes pourrait être intégrée à ces programmes communautaires. Ces

deux programmes pilotes devraient viser spécifiquement les adolescentes et les femmes, mais leur composante d'éducation publique devrait avoir un caractère un peu plus général.

En règle générale, la collectivité entière doit être associée à la lutte contre le tabagisme chez les femmes. À cette fin, il importe de sensibiliser la population et d'obtenir la collaboration des employeurs, des autorités responsables de l'éducation en matière de santé, du mouvement de promotion de la santé des femmes et d'autres groupes de femmes, en s'inspirant d'un modèle de développement communautaire. On pourrait envisager de mettre les deux collectivités en concurrence, sans que cela nuise nécessairement au programme. Les non-fumeurs et les fumeurs doivent être encouragés d'une manière très précise à travailler ensemble si l'on veut dissiper l'hostilité qui commence à devenir de plus en plus évidente entre ces deux groupes au sein de la population canadienne.

### *Renoncement au tabac*

Pour être efficaces, les programmes de renoncement au tabac qui s'adressent aux adolescentes et aux femmes devront viser des sous-groupes précis. En effet, dans la mesure où il semble illogique de postuler que les mêmes messages, les mêmes techniques d'enseignement et les mêmes moyens de communication peuvent donner d'aussi bons résultats chez les adolescentes et les femmes que chez les adolescents et les hommes, les programmes de renoncement au tabac doivent faire l'objet d'une ségrégation par sexe. À court terme, il sera sans doute plus rentable de modifier simplement les programmes d'abandon actuels en divisant les groupes. Dans l'intervalle, on devrait instituer un projet pour énoncer un programme de renoncement au tabac qui s'adresse précisément aux femmes, en mettant à profit les résultats des recherches qui ont été faites dans le domaine ainsi que des données qualitatives recueillies auprès de fumeuses ou inspirées de leur expérience. À long terme, et par le biais d'un projet pilote, on devrait créer un programme de renoncement au tabac axé sur les femmes et réservé aux femmes, programme qui pourrait être administré par les organismes de lutte contre la maladie ou par des groupes indépendants de femmes. Enfin, on pourrait produire un guide et un programme d'initiative personnelle à l'intention des fumeuses qui souhaitent renoncer d'elles-mêmes au tabac.

### *Dossier sur les femmes et le tabac*

Si un dossier sur le tabagisme inspiré de la campagne «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» était produit, on devrait prévoir à l'intention des animateurs un programme de formation par lequel on pourrait s'assurer qu'il soit utilisé d'une manière relativement uniforme dans la collectivité. Les groupes de femmes, les organismes de promotion de la santé des femmes, les grands organismes d'éducation en matière de santé, les écoles secondaires, les universités, les collèges et les organismes de services sociaux pourraient utiliser le dossier pour communiquer aux femmes des principes d'éducation en matière de tabagisme. Cette méthode offre manifestement l'intérêt de développer, par le biais de la participation du public, les ressources communautaires disponibles au Canada.

### *Groupes de renoncement au tabac en milieu de travail*

Des programmes de renoncement au tabac en milieu de travail adressés spécifiquement aux femmes pourraient viser des groupes professionnels précis comme les secrétaires ou les infirmières. De cette façon, on pourrait intégrer des questions propres au milieu de travail aux discussions relatives à la «prise en main» du problème du tabagisme. Les problèmes de certains groupes professionnels (la situation des infirmières dans la hiérarchie médicale et leur stress professionnel, par exemple) pourraient être examinés et contribuer ainsi à une «prise en main» collective qui pourrait elle-même rejaillir sur le plan personnel. En partageant des expériences professionnelles communes qui incitent peut-être au tabagisme, les participantes trouveront peut-être des moyens de s'affirmer.

### *Affiches publicitaires visant des cibles précises*

L'idée suivante consiste à organiser une campagne de publicité bien dirigée, qui s'appuierait sur des affiches ou des brochures portant le logo des femmes contre le tabac et par lesquelles on inciterait des segments précis de la population à «commencer à ne pas fumer». On pourrait utiliser une présentation et un thème généraux et y ajouter des messages adaptés aux populations visées.

Dans le cadre de cette campagne, on devrait utiliser, pour présenter les messages antitabac, des modèles féminins bien connus dans chacune des sous-populations visées.

1. **Infirmières** – Représentation sur une affiche d'une infirmière bien connue faisant une déclaration comme : «Notre profession a subi bien des changements importants ces dernières années. Nous avons eu à prendre en main notre situation professionnelle. Il est maintenant temps que nous prenions en main notre santé.» On pourrait ajouter à cela un message incitant les infirmières à «commencer à ne pas fumer», le logo des femmes contre le tabac et des renseignements d'ordre individuel sur les mesures à prendre.

2. **Femmes défavorisées** (femmes battues, femmes appartenant à des groupes de thérapie, femmes hébergées dans des maisons d'accueil, femmes appartenant à des groupes de mères soutiens de famille, assistées sociales) – Le message serait : «Bien des choses sont en train de changer dans votre vie. Certaines doivent changer, d'autres ne dépendent que de vous.»

3. **Adolescentes** – Représentation sur une affiche d'une adolescente servant de modèle de comportement qui pourrait dire quelque chose comme : «Je peux manger tout ce qui me plaît si je suis active et en forme».

4. **Femmes autochtones** – Représentation d'une autochtone de la collectivité disant quelque chose comme : «Nous avons besoin de notre santé, de notre énergie, de notre argent. Le tabac ne nous y aide plus.»

5. **Mouvement des femmes en général** – Adresser aux jeunes femmes adultes qui sont politiquement actives un message comme : «La libération de la femme est une affaire politique et personnelle; elle change le système et elle nous change nous-mêmes. Libérons-nous du tabagisme.»

6. **Alcooliques** – Dans ce cas, l'objectif consiste à amener les personnes cibles à s'affranchir d'une double dépendance, à faire une «coupure nette». De nombreux autres exemples pourraient être donnés.

### *Conclusion*

Ces trois orientations des programmes de renoncement au tabac pourraient être intégrées au projet communautaire pilote sur le tabagisme chez les femmes. En conclusion, voici quelques thèmes sur lesquels les organismes publics et les organismes d'éducation en matière de santé pourraient se pencher :

1. Se fixer comme objectif explicite l'intégration des diverses collectivités du pays et la mise en commun de leurs efforts dans le but de modifier le comportement des adolescentes et des femmes à l'égard du tabac. Cette association des ressources devrait se faire dans un climat d'ouverture à tous. Actuellement, il semble y avoir peu d'obstacles à ce processus.

2. Les organismes publics et les organismes d'éducation en matière de santé doivent reconnaître le fait que l'approche par sexe est peut-être le seul moyen de réduire le tabagisme chez certains groupes d'adolescentes et de femmes.

3. Le discours utilisé dans les programmes antitabac doit être considérablement modifié si on veut le rendre plus positif.

4. Même si les messages de santé constituent un aspect primordial des programmes d'éducation, d'autres thèmes (qui peuvent être d'ordre psychologique, politique et social) méritent d'être mis en valeur.

5. Il y a longtemps que les non-fumeurs et les ex-fumeurs du Canada auraient dû être associés activement à la solution du problème du tabagisme chez les femmes.

La question du tabagisme chez les femmes au Canada est urgente. Il reste beaucoup de travail à faire pour abaisser les taux d'initiation au tabagisme des jeunes femmes et accroître les taux de renoncement au tabac des fumeuses adultes. On devrait donc continuer d'étudier et d'analyser le tabagisme chez les femmes. Comme on sait, fût-ce de façon encore imprécise, que le tabagisme ne se présente pas de la même façon chez les hommes et chez les femmes, les recherches

dans ce domaine doivent devenir non seulement plus précises, mais aussi plus ramifiées.

Plus on deviendra sensible aux différences sexuelles des formes de tabagisme, plus il sera rare, sans doute, de voir des recherches, des messages éducatifs ou des évaluations où il n'est pas tenu compte du sexe. Les organismes et les corps publics intéressés ou les chercheurs qui lisent ce document doivent prendre conscience du fait qu'on ne peut améliorer les recherches et les évaluations qu'en tenant compte des deux sexes dans les travaux. On devrait toujours avoir ce point de vue à l'esprit au moment de considérer ou de reconsidérer les programmes, les brochures, les affiches, les questions de recherche ou les messages publicitaires. Le document intitulé *Le traitement objectif des sexes dans la recherche* (Eichler et Lapointe, 1985) fournit un précieux guide à cet égard.

La situation des fumeuses du Canada pourrait être grandement améliorée, à court terme et à peu de frais. Une simple réorientation des points de vue, par exemple, pourrait entraîner immédiatement des changements profonds. Changer les visages utilisés dans la publicité, le texte d'un dépliant ou le sexe du médecin qui donne un conseil ne constituent que quelques-unes des modifications à court terme susceptibles d'avoir une incidence sur l'usage du tabac chez les femmes.

À long terme, il faudra apporter des modifications plus profondes aux systèmes de réaction face aux femmes du Canada qui fument et aux adolescentes susceptibles de faire le mauvais choix en matière de tabagisme. Ces modifications à long terme doivent être fondées sur des programmes de recherche mûris et dynamiques ou sur des études pilotes faites à l'échelon communautaire, qui résultent de la collaboration de tous les agents pertinents du milieu et qui soient bien évaluées. De toute évidence, des initiatives doivent être prises en ce domaine si le Canada veut continuer de lutter contre le tabagisme chez les femmes. Ces initiatives devraient s'appuyer sur la collectivité, faire appel à toutes les ressources disponibles de la collectivité (tant à l'égard des femmes qu'à l'égard de l'usage du tabac), comporter automatiquement une analyse par sexe et ne pas méconnaître l'importance du rôle que pourraient jouer les non-fumeurs et les ex-fumeurs dans ces efforts.

Treize mille femmes meurent au Canada tous les ans des suites de maladies liées à l'usage du tabac. Toutes les 40 minutes, une femme meurt au Canada parce qu'elle a fumé régulièrement. De plus, un grand nombre de femmes sont en mauvaise santé et souffrent d'incapacités à cause de maladies liées au tabagisme. Il s'agit là d'une grave perte d'une ressource précieuse : la santé et la vie des femmes. L'histoire du problème du tabagisme chez les femmes est relativement courte. Au Canada, l'usage du tabac ne s'est répandu chez les femmes qu'il y a une soixantaine d'années. Même si les pires indicateurs de cette épidémie de tabagisme (les taux de cancer du poumon, par exemple) n'ont pas encore atteint leur sommet, une chose demeure : le problème du tabagisme n'a eu qu'une assez courte histoire, et son avenir semble de plus en plus limité.

Il ne fait aucune doute que les trois grands défis que pose la santé pour le Canada aujourd'hui, «réduire les inégalités», «augmenter les efforts de prévention» et «augmenter la capacité des gens de se tirer d'affaire» (Epp, 1986), sont au coeur même du problème du tabagisme chez les femmes. Des inégalités générales et persistantes de la société canadienne ont créé une situation dans laquelle l'aptitude des femmes à se tirer d'affaire est bien souvent alarmante et jugée «améliorée» par une dépendance à l'égard du tabac et d'autres substances. Même si les efforts de prévention demeurent l'une des priorités de la lutte contre le tabagisme chez les femmes, ils resteront inutiles tant qu'on ne modifiera pas les fondements de la structure sociale et économique du Canada de manière à «améliorer» vraiment les conditions de vie des femmes.

## B. Perspectives d'action

35. On devrait étudier la possibilité d'utiliser plus souvent des messages qui ne soient pas directement liés à la santé comme thèmes des campagnes de prévention et de décrire les comportements recherchés d'une manière plus positive.

36. Les non-fumeurs et les ex-fumeurs doivent être visés davantage par les efforts d'éducation publique si l'on veut les amener à collaborer à la lutte contre le tabagisme chez les femmes (et les hommes), et si l'on veut désamorcer les tensions actuelles entre fumeurs et non-fumeurs et atténuer

le sentiment d'aliénation ressenti par un grand nombre de ceux qui fument encore.

37. Une campagne de renoncement au tabac à la fois générale et souple devrait être mise sur pied; elle pourrait s'appuyer sur une affiche où seraient représentés le logo des femmes contre le tabac ainsi que des personnes reconnaissables qui sauraient capter l'attention des divers sous-groupes de femmes et des divers groupes régionaux.

38. Des campagnes multiformes de réduction du tabagisme chez les femmes devraient être mises à l'essai, testées et évaluées dans deux collectivités.

# Bibliographie


ABELIN, T. «Smoking among Children», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 1, p. 243-253, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

American Lung Association. «A Multidisciplinary Approach to Smoking Withdrawal in Ongoing, Economical and Successful Community Based Programs», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 2, p. 155-158, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

ASHLEY, J.J. «Smoking and Women», *Compte rendu de la cinquième Conference mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 1, p. 7, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

BECKWITH, J. «Eating, Drinking and Smoking and their Relationship in Adult Women», *Psychological Reports*, 1986, n° 59, p. 1075-1089.

BECKWITH, J. «Personality Variables and Eating, Drinking and Smoking in Adult Women», *Psychological Reports*, 1986, n° 59 (3), p. 1075-1089.

BJARTVEIT, K., LOCHSEN, P., AARO, L. «Controlling the Epidemic : Legislation and Restrictive Measures», *Revue canadienne de santé publique*, 1981, n° 72, p. 406-411.

BROOKS, C., CHANSONNEUVE, D. *Needs Assessment of Girls*. Big Sisters of London et Task Force on Services to Girls, London, Ontario, 1986.

BRYCE, R., ENKIN, M. «Lifestyle in Pregnancy», *Médecin de famille canadien*, 1984, n° 30, p. 2127-2130.

Enquête Condition physique Canada. *L'activité physique et les jeunes au Canada*, Condition physique et Sport amateur, octobre 1983, n° 2.

*Canadian Gallup Polls*, Toronto, 1984.

CARMODY T., BRISCHETTO, C., MATARAZZO, J., O'DONNELL, R., CONNOR, W. «Co-occurent Use of Cigarettes, Alcohol and Coffee in Healthy, Community-Living Men and Women», *Health Psychology*, 1985, n° 4 (4), p. 323-335.

CHAPMAN, Simon. *Cigarette Advertising and Smoking: A Review of the Evidence*, British Medical Association, Londres, 1985.

CHAPMAN, S., FITZGERALD, B. «Brand Preference and advertising recall in adolescent smokers : some implications for health promotion», *American Journal of Public Health*, 1986, n° 72 (5), p. 491-494.

CHETWYND, J. «Some Characteristics of Women Smokers», *New Zealand Medical Journal*, 22 janvier 1986, p. 14-17.

CLEMENT, C. «The Birth of a Network», *Health-sharing*, automne 1987, p. 24-25.

COELHO, R. «Self-Efficacy and Cessation of Smoking», *Psychological Reports*, 1984, n° 54, p. 309-310.

COLE, S. «Beating the Butt», *Now*, 16-22 janvier 1986, p. 5-6.

COLLISHAW, N. *Deaths Attributable to Smoking*, communication personnelle, septembre 1987.

COPPOTELLI, H.C., ORLEANS, C.T. «Partner Support and Other Determinants of Smoking Cessation and Maintenance Among Women», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, n° 53 (4), p. 455-460.

DICKEN C. «Sex Roles, Smoking and Smoking Cessation», *Journal of Health and Smoking Behaviour*, 1978, n° 19, p. 324-334.

EICHLER, M., LAPOINTE, J. *Le traitement objectif des sexes dans la recherche*, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Ottawa, 1985.

EIDE, I. «Smoking and Women's Emancipation; The Developed World», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 1, p. 687-692, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

EPP, J., l'honorable. *La Santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social, Ottawa Canada, 1986.

ERNSTER, V. «Mixes Messages for Women; A Social History of Cigarette Smoking and Advertising», *New York State Journal of Medicine*, 1986, n° 16 (1), p. 27-33.

EVANS, R., LOWE, L. «Sex Differences in the Beliefs of Non-Smokers About Why Cigarette Smokers Smoke», *Journal of Drug Education*, 1986, n° 16 (1), p. 27-33.

FAIRBANKS, L. «Tobacco related diseases among Native Americans», lettre, *New York State Journal of Medicine*, juillet 1985, p. 464.

FISHER, D. ARMSTRONG, B., DE KLERK, N. «A Randomised-Controlled Trial of Education for Prevention of Smoking in 12-year old Children», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 1, p. 263-270, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

GLASGOW, R., KLESGER, R., MIZES, J., PECHACEK, T. «Quitting Smoking : Strategies Used and Variables Associated with Success in a Stop Smoking Contest», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, n° 53 (6), p. 905-912.

GOTTLIEB, N. «The Effects of Peer and Parental Smoking and Age on the Smoking Careers of College Women: A Sex-Related Phenomenon», *Soc. Sci. Med.*, 1982, n° 16, p. 595-600.

GOTTLIEB, N., GREEN, L. «Life Events, Social Network, Life-Style and Health : An Analysis of the 1979 National Survey of Personal Health Practices and Consequences», *Health Education Quarterly*, 1984, n° 11 (1), p. 91-105.

GREAVES, L. «Reality of Battered Women Harsher Than Study Shows», *The Globe and Mail*, 10 septembre 1987.

GREAVES, L. *Smoking Prevalence Among Battered Women in a Shelter*, données non publiées, 1987.

GREAVES, L., BUIST, M. «The Tobacco Industry : Weeding Women Out», *Broadside*, mai 1986, vol. 7, n° 7, 8, 9, 10.

GREAVES, Lynn, BARNES, G., VULCANO, B. «Quit for Good : Regina Smoking Cessation Program», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 2, p. 193-199, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

GRITZ, E. «Cigarette Smoking by Adolescent Females : Implications for Health and Behaviour», *Women and Health*, 1984, n° 9 (2/3), p. 103-115.

GRITZ, E. «Gender and the teenage smoker» dans *Women and Drugs : A New Era for Research, NIDA Research Monograph 65*, sous la direction de Barbara A. Ray et Monique C. Braude, 70-79, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1986.

GRITZ, E. «The Challenge to Public Education : A Multi-National Perspective», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 1, p. 301-310, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

GRITZ, E. «Which Women Smoke and Why? Cigarette Smoking as a Women's Issue», document présenté dans le cadre de l'atelier *Not Far Enough : Women vs. Smoking*, qui réunissait des représentantes de groupes de femmes et des dirigeantes de groupes de promotion de la santé des femmes, 4 février 1987, Washington, US Department of Health and Human Services, 1987, Washington.

GRUNBERG, N. «Nicotine, Cigarette Smoking and Body Weight», *British Journal of Addiction*, 1985, n° 80, p. 369-377.

GUNN, R., SHAPIRO, A. «Life Stress, Weight Gain and Resuming Smoking after Success in a Cessation Clinic», *Psychological Reports*, 1985, n° 57, p. 1035-1039.

HADAWAY, P., BEYERSTEIN, B., KIMBALL, M. «Addiction as an Adaptive Response : Is Smoking a Functional Behaviour», *The Journal of Drug Issues*, 1986, n° 16 (3), p. 371-390.

HAWKINS, L., WHITE, M., MORRIS, L. «Smoking, Stress and Nurses», *Nursing Mirror*, 1982, n° 155 (15), p. 18-22.

HAY, D. «Intercensal Trends in Cigarette Smoking in New Zealand : Social and Occupational Factors», *The New Zealand Medical Journal*, 1984, n° 97, p. 395-398.

Santé et Bien-être social Canada. «Les Manitobaines ont fait du chemin!», *Promotion de la santé*, printemps 1986, 24,4 : 22-23.

JACOBSON, B. *The Ladykillers : Why Smoking is a Feminist Issue*, Pluto Press, Londres, 1981.

JACOBSON, B. *Beating the Ladykillers : Women and Smoking*, Pluto Press, Londres, 1986.

JARVIS, M. «Gender and Smoking : Do Women Really Find it Harder to Give Up?», *British Journal of Addictions*, 1984, n° 79, p. 383-387.

KAETZ, D., SAMSON, Y., SCOTT, K. «Community Based Smoking Cessation Using Support Groups», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 2, p. 221-223, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

LANGFORD, R., THOMPSON, E., TRIPP, S. «Smoking and Health Education During Pregnancy : Evaluation of a Program for Women in Prenatal Classes», *Revue canadienne de santé publique*, 1983, n° 74, p. 285-289.

LIVSON, N., LEINO, E. «Adolescent Personality Antecedents of Adult Cigarette Smoking : A Longitudinal Study», *The Journal of Genetic Psychology*, 1984, n° 146 (3), p. 343-355.

MCINNES, C. «Illegal Cigarettes Worth $1 Million Sold to Manitoba Children in Year», *Globe and Mail*, 12 septembre 1987.

MCINTYRE, K., LICHTENSTEIN, E., MERMELSTEIN, R. «Self-Efficacy and Relapse in Smoking Cessation : A Replication and Extension», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, n° 51 (4), p. 632-633.

MCINTYRE L, SHAH, C. «Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three Indian Communities in Northwestern Ontario», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1986, n° 134, p. 345-349.

MARCH, A., MATHESON, J. *Smoking Attitudes and Behaviour*, Office of Population Censuses and Surveys, Social Survey Division, HMSO, 1983.

MECHANIC, D., CLEARY, P. «Factors associated with the Maintenance of Positive Health Behaviour», *Preventive Medicine*, 1980, n° 9, p. 805-814.

MILLAR, W., VAN RENSBURG, S. *L'usage du tabac dans les écoles des Territoires du Nord-Ouest, 1982*, Santé et Bien-être social Canada et ministère de la Santé des Territoires du Nord-Ouest, Ottawa et Yellowknife, 1983.

MILLAR, W., WIGLE, D. «Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1986, n° 134, p. 127-132.

MILLER, G. «The «Less Hazardous» Cigarette : a Deadly Delusion», *New York State Journal of Medicine*, juillet 1985, p. 313-317.

Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada. *Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada*, Ottawa, juin 1987.

New Brunswick Advisory Council on the Status of Women. *Health of Adolescent Girls : Principles and Recommandations*, décembre 1985.

Northwestern Ontario Women's Health Project. *A Survey of Women's Health Needs in Northwestern Ontario*, 1984.

O'CONNELL, D.L. *et al.* «Cigarette Smoking and Drug Use in School Children», *International Journal of Epidemiology*, 1981, n° 10 (3), p. 223-231.

PEDERSON, L. «Changes in Variables Related to Smoking from Childhood to Late Adolescence : An Eight Year Longitudinal Study of a Cohort of Elementary School Students», *Revue canadienne de santé publique*, 1986, n° 77, supplément 1, p. 33-39.

PEDERSON, L. «Compliance with Physician Advise to Quit Smoking : A Review of the Literature», *Preventive Medicine*, 1982, n° 11, p. 71-84.

PEDERSON, L., LEFCOE, N. «Cross-sectional Analysis of Variables Related to Cigarette Smoking in Late Adolescence», *Journal of Drug Education*, 1985, n° 15 (3), p. 225-239.

REID, D. «Prevention of Children's Smoking», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 2, p. 135-138, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

REVELL, A., WARBURTON, D., WASNES, K. «Smoking as a Coping Strategy», *Addictive Behaviours*, 1985, n° 10, p. 209-224.

ROBB, J. «Smoking as an Anticipatory Rite of Passage: Some Sociological Hypotheses on Health-Related Behaviour», *Soc. Sci. Med.*, 1986, n° 23, p. 621-627.

RODE, A., SHEPHERD, R. «Lung Function in Canadian Inuit : A Follow Up Study», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1984, n° 131, p. 741-744.

SCHWARTZ, J. *Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods : The United States and Canada, 1978-1985*, US Department of Health and Human Services, Washington, avril 1987.

SCHWARZ, W. «Conditions for Developing and Preventing the Smoking Habit in Childhood», *Compte rendu de la cinquième Conférence mondiale de la santé, Winnipeg, 1983*, vol. 2, p. 261-265, Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, Ottawa.

SHEAR, M. «The Pro-Death Lobby», *The Women's Review of Books*, 1985, n° 2, p. 6-8.

SILVERSTEIN, B., FELD, S., KOZOWSKI, L. «The Availability of Low-Nicotine Cigarettes as a Cause of Cigarette Smoking among Teenage Females», *Journal of Health and Social Behaviour*, 1980, n° 21 (déc.), p. 383-388.

SORENSEN, G., PECHACEK, T. «Occupational and Sex Differences in Smoking and Smoking Cessation», *Journal of Occupational Medicine*, 1986, n° 28 (5), p. 360-364.

SPENDER, D. *Man-Made Language*, 1re édition, London, Boston and Henley, Routledge and Kegan, Paul, 1980.

Statistique Canada, *Portrait statistique des femmes au Canada*, Ottawa, 1985.

STELLMAN, S., STELLMAN, J. «Women's Occupations, Smoking, Cancer and Other Diseases», *C.A.A. Cancer Journal of Clinicians*, 1981, n° 31, p. 29-35.

STEVENS, P., GREEN, J., PRIMAVERA, L. «Predicting Successful Smoking Cessation», *The Journal of Social Psychology*, 1982, n° 118, p. 235-241.

STEWART, P., DUNKLEY, G. «Smoking and Health Care Patterns among Pregnant Women», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1985, n° 133, p. 989-994.

TAVRIS, C., OFFIR, C. *The Longest War : Sex Differences in Perspective*, Harcourt, Brace, Jovanovich, Inc., New York, 1977.

TUNSTALL, C., GINSBERG, D., HALL, S. «Quitting Smoking», *The International Journal of the Addictions*, 1985, n° 20, p. 1089-1112.

United States Public Health Service. *The Health Consequences of Smoking for Women, A Report of the Surgeon General*, US Department of Health and Human Services, Washington, 1980.

United States Public Health Service, National Institute of Health and National Cancer Institute. *The Smoking Digest : Progress Report and a Nation Kicking the Habit*, US Department of Health, Education and Welfare, Rockville, Maryland, 1977.

United States Public Health Service. *Smoking and Health : A Report of the Surgeon General*, US Department of Health, Education and Welfare, Washington, 1964.

VALPY, M. «U.S. Smokeout a Hot Success», *Globe and Mail*, 14 novembre 1987.

WEST, M., CARLIN, M., SUBAK, M., GREENSTONE, H. «Factors Associated with Cigarette Smoking in Elementary School Children», *Médecin de famille canadien*, 1983, n° 29, p. 717-720.

WILSON, D., WOOD, G., JOHNSTON, N., SICURELLA, J. «Randomized Clinical Trial of Supportive Follow-up for Cigarette Smokers in a Family Practice», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 15 janvier 1982, n° 126, p. 127-129.

# *Appendice A*

## Tableaux statistiques de A à L

**Tableau A**

## RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, PAR SEXE, GROUPE D'ÂGE ET CATÉGORIE DE FUMEURS, CANADA, 1986

| | | CATÉGORIE DE FUMEURS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | NON-FUMEURS | | | FUMEURS | | |
| | | Total | N'ayant jamais fumé % | Anciens fumeurs % | Fumeurs de cigarettes par habitude % | Fumeurs de cigarettes occasionnels % | Fumeurs de pipe ou de cigares seulement % |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 19 694 185 | 44,4 | 22,9 | 28,2 | 3,0 | 1,5 |
| | 15-19 | 1 873 461 | 70,8 | 7,8 | 17,6 | 3,5 | - |
| | 20-24 | 2 238 867 | 49,6 | 13,5 | 31,7 | 4,6 | - |
| | 25-44 | 8 172 866 | 39,1 | 22,7 | 33,4 | 3,2 | 1,6 |
| | 45-64 | 4 860 648 | 38,1 | 28,2 | 29,4 | 2,4 | 1,9 |
| | 65 ans + | 2 548 344 | 49,3 | 32,4 | 14,4 | 1,5 | 2,4 |
| | 20 ans + | 17 820 724 | 41,6 | 24,5 | 29,4 | 2,9 | 1,7 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 9 623 890 | 35,9 | 27,3 | 30,8 | 3,1 | 2,9 |
| | 15-19 | 957 977 | 70,8 | 7,9 | 17,4 | 3,8 | - |
| | 20-24 | 1 129 658 | 50,3 | 12,8 | 31,3 | 4,4 | 1,1 |
| | 25-44 | 4 054 787 | 33,7 | 24,4 | 35,4 | 3,5 | 3,0 |
| | 45-64 | 2 385 709 | 24,2 | 36,5 | 33,6 | 2,2 | 3,5 |
| | 65 ans + | 1 095 759 | 24,4 | 50,0 | 18,6 | 1,8 | 5,2 |
| | 20 ans + | 8 665 913 | 32,1 | 29,4 | 32,3 | 3,0 | 3,2 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 10 070 295 | 52,5 | 18,6 | 25,8 | 2,9 | 0,2 |
| | 15-19 | 915 484 | 70,8 | 7,8 | 17,8 | 3,3 | 0,3 |
| | 20-24 | 1 109 209 | 48,9 | 14,2 | 32,0 | 4,8 | - |
| | 25-44 | 4 118 078 | 44,4 | 21,1 | 31,4 | 2,9 | - |
| | 45-64 | 2 474 939 | 51,4 | 20,3 | 25,3 | 2,6 | 0,4 |
| | 65 ans + | 1 452 585 | 68,0 | 19,1 | 11,3 | 1,3 | - |
| | 20 ans + | 9 154 811 | 50,6 | 19,7 | 26,6 | 2,8 | - |

– Données non disponibles

**Tableau B**

**PRÉVALENCE DU TABAGISME AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, PAR SEXE, GROUPE D'ÂGE ET PROVINCE, CANADA, 1986**

| | | CANADA | PROVINCE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total % | T.-N. % | Î.-P.-É. % | N.-É. % | N.-B. % | QC % | Ont. % | Man. % | Sask. % | Alb. % | C.-B. % |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 28,2 | 31,1 | 25,4 | 30,6 | 30,6 | 33,6 | 25,8 | 27,7 | 27,3 | 29,1 | 21,9 |
| | 15-19 | 17,6 | 19,2 | 8,6 | 18,9 | 20,6 | 21,9 | 15,5 | 13,4 | 16,0 | 19,4 | 13,8 |
| | 20-24 | 31,3 | 34,5 | 27,8 | 37,7 | 34,7 | 37,4 | 27,9 | 25,2 | 32,5 | 31,1 | 29,7 |
| | 25-44 | 33,4 | 37,8 | 32,5 | 38,2 | 36,6 | 38,6 | 31,0 | 34,7 | 34,6 | 32,6 | 25,3 |
| | 45-64 | 29,4 | 30,4 | 29,3 | 31,0 | 30,3 | 34,8 | 27,0 | 30,8 | 28,2 | 31,3 | 22,3 |
| | 65 ans + | 14,4 | 18,3 | 11,9 | 12,2 | 18,0 | 18,4 | 12,7 | 15,8 | 11,5 | 15,9 | 11,4 |
| | 20 ans + | 29,4 | 33,0 | 27,4 | 32,0 | 31,9 | 34,8 | 26,8 | 29,2 | 28,6 | 30,2 | 22,7 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 30,8 | 35,3 | 31,1 | 32,7 | 33,6 | 36,8 | 28,0 | 29,9 | 29,2 | 31,7 | 24,0 |
| | 15-19 | 17,4 | 24,1 | 14,2 | 19,7 | 20,2 | 20,1 | 16,7 | 10,7 | 12,8 | 19,3 | 12,3 |
| | 20-24 | 31,3 | 38,3 | 33,6 | 37,0 | 33,4 | 37,2 | 27,8 | 26,1 | 34,8 | 29,3 | 26,9 |
| | 25-44 | 35,4 | 40,3 | 34,8 | 37,6 | 38,4 | 39,6 | 33,9 | 35,9 | 36,2 | 35,6 | 27,5 |
| | 45-64 | 33,6 | 37,1 | 39,7 | 36,0 | 35,3 | 41,8 | 29,1 | 35,6 | 30,1 | 35,7 | 26,7 |
| | 65 ans + | 18,6 | 23,4 | 18,6 | 18,7 | 27,1 | 27,2 | 14,2 | 20,4 | 15,8 | 18,6 | 14,1 |
| | 20 ans + | 32,3 | 37,1 | 33,3 | 34,3 | 35,3 | 38,5 | 29,2 | 32,1 | 31,0 | 33,1 | 25,2 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 25,8 | 26,9 | 19,8 | 28,7 | 27,8 | 30,6 | 23,7 | 25,5 | 25,5 | 26,6 | 19,9 |
| | 15-19 | 17,8 | 14,2 | 2,7 | 18,0 | 20,9 | 23,7 | 14,3 | 16,1 | 19,3 | 19,5 | 15,4 |
| | 20-24 | 32,0 | 30,6 | 21,8 | 38,3 | 36,1 | 37,6 | 27,9 | 24,4 | 30,0 | 33,0 | 32,5 |
| | 25-44 | 31,4 | 35,3 | 30,1 | 38,8 | 34,8 | 37,5 | 28,3 | 33,6 | 33,1 | 29,4 | 23,1 |
| | 45-64 | 25,3 | 23,5 | 19,2 | 26,3 | 25,5 | 28,2 | 25,0 | 26,3 | 26,3 | 26,9 | 18,0 |
| | 65 ans + | 11,3 | 13,8 | 6,8 | 7,2 | 10,8 | 12,1 | 11,5 | 12,3 | 7,9 | 13,8 | 9,4 |
| | 20 ans + | 26,6 | 28,9 | 21,8 | 29,8 | 28,6 | 31,2 | 24,6 | 26,5 | 26,1 | 29,4 | 20,3 |

**Tableau C**

**PRÉVALENCE DU TABAGISME AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, PAR SEXE, GROUPE D'ÂGE ET NIVEAU DE SCOLARITÉ, CANADA, 1986**

| | | NIVEAU DE SCOLARITÉ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total % | 0 à 8 années de scolarité % | Études secondaires partielles % | Études postsecondaires partielles % | Cert. ou dipl. postsecondaire % | Grade universitaire % |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 28,2 | 31,3 | 31,6 | 24,9 | 24,5 | 14,5 |
| | 15-19 | 17,6 | 25,3 | 17,4 | 13,5 | 8,6 | - |
| | 20-24 | 31,7 | 48,0 | 41,2 | 21,3 | 23,1 | 6,5 |
| | 25-44 | 33,4 | 45,2 | 39,5 | 32,5 | 26,9 | 15,3 |
| | 45-64 | 29,4 | 34,8 | 30,0 | 20,7 | 27,2 | 16,8 |
| | 65 ans + | 14,4 | 17,5 | 14,0 | 7,7 | 7,2 | 6,1 |
| | 20 ans + | 29,4 | 31,6 | 34,2 | 26,0 | 24,7 | 14,5 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 30,8 | 38,5 | 33,0 | 24,4 | 28,3 | 17,6 |
| | 15-19 | 17,4 | 28,9 | 17,0 | 8,9 | 9,5 | - |
| | 20-24 | 31,3 | 60,0 | 40,6 | 17,0 | 21,8 | 8,2 |
| | 25-44 | 35,4 | 49,6 | 40,8 | 34,1 | 30,5 | 19,3 |
| | 45-64 | 33,6 | 42,1 | 33,2 | 23,9 | 32,7 | 18,8 |
| | 65 ans + | 18,6 | 25,3 | 14,4 | 2,6 | 14,5 | 4,7 |
| | 20 ans + | 32,3 | 39,0 | 36,2 | 25,9 | 29,5 | 17,6 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 25,8 | 24,4 | 30,3 | 25,3 | 21,3 | 10,4 |
| | 15-19 | 17,8 | 21,2 | 17,7 | 17,4 | 8,0 | - |
| | 20-24 | 32,0 | 34,8 | 41,8 | 26,0 | 24,2 | 5,2 |
| | 25-44 | 31,4 | 40,9 | 38,3 | 31,1 | 23,7 | 10,4 |
| | 45-64 | 25,3 | 27,2 | 27,4 | 17,5 | 22,5 | 13,4 |
| | 65 ans + | 11,3 | 10,7 | 13,8 | 10,7 | 3,7 | 2,8 |
| | 20 ans + | 26,6 | 24,5 | 32,4 | 26,1 | 21,5 | 10,4 |

– Données non disponibles

## Tableau D

## RAPPORT ENTRE LA PROFESSION ET LE TABAGISME, CANADA, 1986

| | Catégorie professionnelle en % du total | | | Répartition en % des fumeurs par catégorie | | | Prévalence du tabagisme par profession | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Profession** | **Total %** | **Hommes %** | **Femmes %** | **Total %** | **Hommes %** | **Femmes %** | **Total %** | **Hommes %** | **Femmes %** |
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 28.2 | 30.7 | 25.8 |
| Gestion | 10.8 | 13.0 | 8.2 | 9.5 | 9.3 | 8.6 | 25.2 | 23.6 | 28.6 |
| Professions libérales | 15.0 | 12.1 | 18.5 | 9.7 | 9.5 | 11.5 | 18.4 | 20.6 | 17.1 |
| Travail de bureau | 16.7 | 5.8 | 30.0 | 17.1 | 16.8 | 31.6 | 30.2 | 33.0 | 29.5 |
| Vente | 9.7 | 9.2 | 10.2 | 8.9 | 8.7 | 10.4 | 27.1 | 25.8 | 28.6 |
| Services | 15.3 | 11.3 | 20.2 | 17.3 | 16.9 | 24.4 | 33.2 | 32.2 | 33.9 |
| Plein air | 5.0 | 6.9 | 2.6 | 4.5 | 4.7 | 2.2 | 27.0 | 28.1 | 23.4 |
| Mines | 5.9 | 8.8 | 2.3 | 8.0 | 7.8 | 3.3 | 40.2 | 40.4 | 39.4 |
| Ind. manufacturières | 8.3 | 10.8 | 5.2 | 9.7 | 9.5 | 4.9 | 34.6 | 37.8 | 26.4 |
| Bâtiment et travaux publics | 6.0 | 10.7 | 0.2 | 7.8 | 7.6 | 0.3 | 38.4 | 38.6 | 30.0 |
| Transports | 3.5 | 6.0 | 0.5 | 5.0 | 4.9 | 0.6 | 41.8 | 42.4 | 32.9 |
| Autres métiers | 3.8 | 5.2 | 2.1 | 4.4 | 4.3 | 2.3 | 37.0 | 38.6 | 38.5 |

Pour les fins de ce tableau, une catégorie «sans travail» a été exclue de la liste des catégories professionnelles.
Cette catégorie comprenait les répondants qui n'avaient jamais travaillé, qui n'étaient pas en mesure de travailler et dont la dernière expérience de travail remontait à plus de cinq ans.

Les pourcentages ayant été arrondis, il se peut que leur somme ne soit pas égale à 100 %.

**Tableau E**

**PRÉVALENCE DU TABAGISME CHEZ LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SEXE, ÂGE ET ÉTAT CIVIL, CANADA, 1986**

| | | TOTAL | MARIÉS | CÉLIBATAIRES | AUTRES |
|---|---|---|---|---|---|
| *LES DEUX SEXES* | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 28,24 | 28,80 | 25,78 | 30,88 |
| | 15-19 | 17,57 | 50,11 | 16,59 | 12,88 |
| | 20-24 | 31,65 | 35,87 | 29,39 | 53,41 |
| | 25-44 | 33,40 | 31,97 | 33,02 | 48,29 |
| | 45-64 | 29,36 | 27,46 | 35,26 | 37,06 |
| | 65 ans + | 14,44 | 14,84 | 16,12 | 13,46 |
| | 20 ans + | 29,37 | 28,71 | 30,74 | 30,89 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 30,79 | 31,61 | 26,94 | 40,43 |
| | 15-19 | 17,35 | 40,80 | 17,01 | - |
| | 20-24 | 31,33 | 37,92 | 29,61 | 15,31 |
| | 25-44 | 35,44 | 34,81 | 33,01 | 53,43 |
| | 45-64 | 33,59 | 32,11 | 40,43 | 42,38 |
| | 65 ans + | 18,65 | 16,93 | 25,22 | 24,27 |
| | 20 ans + | 32,27 | 31,59 | 31,85 | 40,51 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | |
| TOTAL | 15 ans + | 25,81 | 25,95 | 24,39 | 27,35 |
| | 15-19 | 17,79 | 53,57 | 16,14 | 39,80 |
| | 20-24 | 31,98 | 34,78 | 29,07 | 65,31 |
| | 25-44 | 31,39 | 29,20 | 33,04 | 45,66 |
| | 45-64 | 25,29 | 22,36 | 29,50 | 34,84 |
| | 65 ans + | 11,26 | 12,00 | 10,79 | 10,69 |
| | 20 ans + | 26,62 | 25,77 | 29,30 | 27,34 |

**Tableau F**

**RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FUMEURS PAR HABITUDE AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, PAR SEXE, GROUPE D'ÂGE ET NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, CANADA, 1986**

| | GROUPE D'ÂGE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Total, 15 ans+** | **15-19** | **20-24** | **25-44** | **45-64** | **65 ans+** |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 5 562 424 | 329 164 | 708 664 | 2 729 367 | 1 427 294 | 367 935 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 20,4 | 40,7 | 22,8 | 16,7 | 19,1 | 29,7 |
| 11-25 cigarettes par jour | 67,3 | 57,1 | 73,5 | 68,7 | 65,8 | 59,8 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 12,3 | 2,2 | 3,8 | 14,5 | 15,1 | 10,4 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 962 821 | 166 254 | 353 938 | 1 436 896 | 801 422 | 204 310 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 15,7 | 39,8 | 19,3 | 12,4 | 12,8 | 24,2 |
| 11-25 cigarettes par jour | 69,0 | 58,6 | 76,7 | 70,2 | 67,2 | 62,2 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 15,3 | 1,6 | 4,0 | 17,3 | 20,0 | 13,6 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 599 603 | 162 910 | 354 726 | 1 292 471 | 625 872 | 163 625 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 25,7 | 41,6 | 26,2 | 21,5 | 27,2 | 36,7 |
| 11-25 cigarettes par jour | 65,4 | 55,5 | 70,2 | 67,0 | 64,0 | 56,9 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 8,9 | 2,9 | 3,6 | 11,4 | 8,8 | 6,4 |

## Tableau G

## RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FUMEURS PAR HABITUDE AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, LE SEXE ET LA RÉGION, CANADA, 1986

| | | RÉGION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Atlantique | Québec | Ontario | Prairies | Colombie-Britannique |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 5 562 424 | 530 454 | 1 742 245 | 1 857 306 | 939 297 | 493 122 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 20,4 | 21,0 | 20,3 | 21,7 | 18,4 | 19,1 |
| 11-25 cigarettes par jour | 67,3 | 65,2 | 66,5 | 67,9 | 71,3 | 62,4 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 12,3 | 13,8 | 13,2 | 10,4 | 10,4 | 18,5 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 962 821 | 285 584 | 927 112 | 980 646 | 504 425 | 265 055 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 15,7 | 17,2 | 15,2 | 16,3 | 15,0 | 14,6 |
| 11-25 cigarettes par jour | 69,0 | 64,9 | 69,2 | 70,3 | 71,7 | 62,6 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 15,3 | 17,9 | 15,6 | 13,4 | 13,3 | 22,7 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 599 603 | 244 603 | 815 133 | 876 660 | 434 873 | 228 068 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 25,7 | 25,3 | 26,1 | 27,7 | 22,3 | 24,3 |
| 11-25 cigarettes par jour | 65,4 | 65,5 | 63,5 | 65,2 | 70,8 | 62,2 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 8,9 | 9,2 | 10,4 | 7,1 | 6,9 | 13,5 |

## Tableau H

## RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FUMEURS PAR HABITUDE AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, LE SEXE ET LE NIVEAU DE SCOLARITÉ, CANADA, 1986

| | | NIVEAU DE SCOLARITÉ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | 0-8 années de scolarité | Études secondaire partielles | Études postsecondaires partielles | Cert. ou dipl. postsecondaire | Grade universitaire |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 5 562 424 | 1 138 677 | 3 087 324 | 438 753 | 593 824 | 303 846 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 20,4 | 19,8 | 20,1 | 20,9 | 23,5 | 18,8 |
| 11-25 cigarettes par jour | 67,3 | 65,2 | 68,6 | 67,5 | 65,4 | 64,7 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 12,3 | 15,0 | 11,3 | 11,6 | 11,1 | 16,5 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 962 821 | 689 910 | 1 535 137 | 212 310 | 315 636 | 209 828 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 15,7 | 16,4 | 15,6 | 17,4 | 14,4 | 14,0 |
| 11-25 cigarettes par jour | 69,0 | 66,1 | 70,4 | 68,7 | 70,9 | 65,4 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 15,3 | 17,5 | 13,9 | 13,9 | 14,7 | 20,7 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | |
| Nombre total de fumeurs par habitude | 2 599 603 | 448 767 | 1 552 187 | 226 443 | 278 188 | 94 018 |
| | % | % | % | % | % | % |
| 1-10 cigarettes par jour | 25,7 | 24,9 | 24,5 | 24,2 | 33,9 | 29,6 |
| 11-25 cigarettes par jour | 65,4 | 64,0 | 66,9 | 66,4 | 59,1 | 63,3 |
| Plus de 25 cigarettes par jour | 8,9 | 11,1 | 8,6 | 9,4 | 7,0 | 7,1 |

**Tableau I**

**POURCENTAGE DES FUMEURS PAR HABITUDE AU SEIN DE LA POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, PAR ÂGE ET SEXE, CANADA, DE 1966 À 1986**

| | % DE FUMEURS PAR HABITUDE (CIGARETTES) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1966 % | 1970 % | 1972 % | 1977 % | 1979 % | 1981 % | 1983 % | 1986 % |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 42,8 | 40,6 | 39,8 | 35,9 | 34,2 | 32,7 | 31,1 | 28,2 |
| 15-19 | 27,6 | 30,6 | 31,7 | 26,8 | 26,4 | 23,1 | 20,3 | 17,6 |
| 20-24 | 51,7 | 47,7 | 47,3 | 43,0 | 41,1 | 40,4 | 37,3 | 31,7 |
| 25-44 | 46,7 | 47,7 | 46,1 | 41,8 | 40,0 | 38,0 | 36,4 | 33,4 |
| 45-64 | 44,8 | 41,2 | 40,6 | 36,3 | 34,5 | 33,7 | 31,6 | 29,4 |
| 65 ans + | 19,5 | 20,1 | 19,3 | 18,8 | 16,7 | 15,3 | 16,4 | 14,4 |
| 20 ans + | 45,3 | 42,2 | 43,3 | 37,3 | 35,4 | 34,0 | 32,4 | 29,4 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 53,6 | 48,9 | 47,4 | 40,8 | 38,6 | 36,7 | 34,0 | 30,8 |
| 15-19 | 35,1 | 35,7 | 35,0 | 26,9 | 26,8 | 22,8 | 20,3 | 17,4 |
| 20-24 | 60,1 | 52,9 | 52,6 | 45,2 | 42,3 | 39,9 | 37,3 | 31,3 |
| 25-44 | 61,8 | 55,5 | 53,3 | 47,0 | 44,0 | 42,6 | 39,0 | 35,4 |
| 45-64 | 57,8 | 51,3 | 50,0 | 42,3 | 40,5 | 39,3 | 35,6 | 33,6 |
| 65 ans + | 32,3 | 31,4 | 30,4 | 27,5 | 24,6 | 21,3 | 22,1 | 18,6 |
| 20 ans + | 56,7 | 51,1 | 49,5 | 43,0 | 40,4 | 38,7 | 35,7 | 32,3 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 32,1 | 32,4 | 32,4 | 31,1 | 30,1 | 28,9 | 28,3 | 25,8 |
| 15-19 | 20,0 | 24,9 | 28,4 | 26,7 | 26,0 | 23,4 | 20,3 | 17,8 |
| 20-24 | 43,4 | 41,4 | 40,6 | 40,7 | 39,8 | 40,8 | 37,3 | 32,0 |
| 25-44 | 31,4 | 40,0 | 38,8 | 36,6 | 36,0 | 33,4 | 33,9 | 31,4 |
| 45-64 | 31,7 | 31,5 | 31,6 | 30,5 | 28,9 | 28,5 | 27,8 | 25,3 |
| 65 ans + | 8,3 | 10,5 | 10,4 | 12,0 | 10,6 | 10,8 | 12,1 | 11,3 |
| 20 ans + | 34,0 | 33,6 | 33,0 | 31,8 | 30,7 | 29,6 | 29,3 | 26,6 |

## Tableau J

## RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FUMEURS PAR HABITUDE, SELON LE NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, PAR SEXE ET ÂGE, CANADA, DE 1966 À 1986

| | NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 - 10 | | | | 11 - 25 | | | | PLUS DE 25 | | | |
| ÂGE/SEXE | 1966 | 1970 | 1981 | 1986 | 1966 | 1970 | 1981 | 1986 | 1966 | 1970 | 1981 | 1986 |
| *LES DEUX SEXES* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 26,9 | 24,6 | 19,7 | 20,4 | 65,0 | 65,8 | 67,8 | 67,3 | 8,2 | 9,6 | 12,5 | 12,3 |
| 15-19 | 49,3 | 48,2 | 37,8 | 40,7 | 47,8 | 49,2 | 59,5 | 57,1 | 2,6 | 2,3 | 2,7 | 2,2 |
| 20-24 | 27,5 | 24,3 | 20,7 | 22,8 | 67,6 | 69,4 | 72,4 | 73,1 | 5,1 | 6,3 | 6,9 | 3,8 |
| 25-44 | 22,1 | 18,7 | 15,7 | 16,7 | 68,9 | 70,2 | 69,3 | 68,7 | 9,1 | 11,1 | 15,0 | 14,5 |
| 45-64 | 24,9 | 22,3 | 17,3 | 19,1 | 65,0 | 65,8 | 66,8 | 65,8 | 10,1 | 11,9 | 15,9 | 15,1 |
| 65 ans + | 40,5 | 36,8 | 32,4 | 29,7 | 53,5 | 67,8 | 60,9 | 59,8 | 6,5 | 7,5 | 6,7 | 10,4 |
| *SEXE MASCULIN* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 21,4 | 20,3 | 17,6 | 15,7 | 68,1 | 67,5 | 67,3 | 69,0 | 10,6 | 12,2 | 15,1 | 15,3 |
| 15-19 | 46,9 | 45,7 | 40,4 | 39,8 | 49,4 | 52,1 | 56,1 | 58,6 | 3,7 | 2,2 | 3,5 | 1,6 |
| 20-24 | 20,5 | 20,8 | 19,9 | 19,3 | 73,1 | 71,6 | 72,8 | 76,7 | 6,4 | 7,6 | 7,3 | 4,0 |
| 25-44 | 15,5 | 13,3 | 13,5 | 12,4 | 72,6 | 72,4 | 68,6 | 70,2 | 11,9 | 14,4 | 17,9 | 17,3 |
| 45-64 | 19,0 | 17,7 | 15,0 | 12,8 | 67,7 | 66,7 | 65,6 | 67,2 | 13,3 | 15,8 | 19,4 | 20,0 |
| 65 ans + | 37,8 | 33,4 | 25,6 | 24,2 | 55,1 | 56,7 | 66,0 | 62,2 | 7,4 | 9,6 | 8,4 | 13,6 |
| *SEXE FÉMININ* | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 15 ans + | 36,5 | 31,2 | 22,3 | 25,7 | 59,6 | 63,2 | 68,5 | 65,4 | 4,2 | 5,6 | 9,2 | 8,9 |
| 15-19 | 54,5 | 53,0 | 35,1 | 41,6 | 42,2 | 45,4 | 63,0 | 55,5 | 3,3 | 1,6 | 1,9 | 2,9 |
| 20-24 | 38,0 | 29,0 | 21,4 | 26,2 | 59,3 | 66,4 | 72,0 | 70,2 | 2,7 | 4,8 | 6,6 | 3,6 |
| 25-44 | 32,1 | 26,3 | 18,5 | 21,5 | 63,0 | 67,0 | 70,1 | 67,0 | 4,7 | 6,8 | 11,4 | 11,4 |
| 45-64 | 36,3 | 29,8 | 20,4 | 27,2 | 59,7 | 64,1 | 68,3 | 64,0 | 4,0 | 6,0 | 11,3 | 8,8 |
| 65 ans + | 49,4 | 46,7 | 42,6 | 36,7 | 48,3 | 51,4 | 53,2 | 56,9 | 2,3 | 1,9 | 4,2 | 6,4 |

**Tableau K**

**FUMEURS ET NON-FUMEURS, PAR ÂGE, SEXE ET GROUPE ETHNIQUE
TERRITOIRES DU NORD-OUEST –
ENQUÊTE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, 1985**

| | FUMEURS | NON-FUMEURS |
|---|---|---|
| TOTAL | 49,62 | 50,38 |
| SEXE MASCULIN | 49,40 | 50,60 |
| SEXE FÉMININ | 49,87 | 50,13 |
| *SEXE MASCULIN* | | |
| Total 15 ans et plus | 49,40 | 50,60 |
| 15-19 | 41,24 | 58,76 |
| 20-24 | 68,92 | 31,08 |
| 25-44 | 48,15 | 51,85 |
| 45-64 | 38,63 | 61,37 |
| 65 ans et plus | 63,51 | 36,49 |
| *SEXE FÉMININ* | | |
| Total 15 ans et plus | 49,87 | 50,13 |
| 15-19 | 56,36 | 43,64 |
| 20-24 | 60,99 | 39,01 |
| 25-44 | 45,58 | 54,42 |
| 45-64 | 47,45 | 52,55 |
| 65 ans et plus | 37,19 | 62,81 |
| *INUIT* | | |
| TOTAL | 76,00 | 24,00 |
| SEXE MASCULIN | 73,67 | 26,33 |
| SEXE FÉMININ | 78,62 | 21,38 |
| GROUPES D'ÂGE DE MOINS DE 30 ANS | 75,23 | 24,77 |
| 30 ANS ET PLUS | 77,13 | 22,87 |
| *DÉNÉ* | | |
| TOTAL | 62,02 | 37,98 |
| SEXE MASCULIN | 57,80 | 42,20 |
| SEXE FÉMININ | 66,18 | 33,82 |
| GROUPES D'ÂGE DE MOINS DE 30 ANS | 65,66 | 34,34 |
| 30 ANS ET PLUS | 58,10 | 41,90 |
| *NON AUTOCHTONES* | | |
| TOTAL | 39,87 | 60,13 |
| SEXE MASCULIN | 42,19 | 57,81 |
| SEXE FÉMININ | 37,23 | 62,77 |
| GROUPES D'ÂGE DE MOINS DE 30 ANS | 44,39 | 55,61 |
| 30 ANS ET PLUS | 36,69 | 63,31 |

**Tableau L**

**PRÉVALENCE DU TABAGISME, SELON LE STATUT PROFESSIONNEL, L'ÂGE ET LE SEXE ENQUÊTE SUR LE TABAGISME DANS LA POPULATION ACTIVE, 1986**

| | PERSONNES OCCUPANT UN EMPLOI | CHÔMEURS | INACTIFS |
|---|---|---|---|
| *LES DEUX SEXES* | | | |
| Total 15 ans et plus | 29,96 | 41,39 | 23,23 |
| 15-19 | 20,87 | 33,04 | 12,29 |
| 20-24 | 30,44 | 43,92 | 29,36 |
| 25-44 | 32,04 | 45,97 | 34,96 |
| 45-54 | 31,43 | 34,04 | 33,31 |
| 55-64 | 23,41 | 35,35 | 28,29 |
| 65 ans et plus | 13,22 | – | 14,55 |
| *SEXE MASCULIN* | | | |
| Total 15 ans et plus | 31,70 | 42,24 | 24,85 |
| 15-19 | 20,30 | 32,29 | 11,50 |
| 20-24 | 31,84 | 44,38 | 19,97 |
| 25-44 | 33,68 | 48,35 | 47,16 |
| 45-54 | 35,07 | 29,23 | 47,13 |
| 55-64 | 25,27 | 43,27 | 39,03 |
| 65 ans et plus | 16,21 | – | 19,03 |
| *SEXE FÉMININ* | | | |
| Total 15 ans et plus | 27,65 | 40,11 | 22,41 |
| 15-19 | 21,45 | 34,48 | 13,04 |
| 20-24 | 28,93 | 43,24 | 36,06 |
| 25-44 | 29,95 | 42,77 | 32,70 |
| 45-54 | 25,98 | 41,06 | 30,26 |
| 55-64 | 19,87 | 20,60 | 23,10 |
| 65 ans et plus | 4,41 | – | 11,48 |

– Données non disponibles

# *Appendice B*

## Organismes de lutte contre la maladie

1. Société canadienne du cancer
   130, rue Bloor Ouest, bureau 1001
   Toronto (Ontario)
   M5S 2V1
   (416) 961-7223

2. Fondation canadienne des maladies du coeur
   1, rue Nicholas, bureau 1200
   Ottawa (Ontario)
   K1N 7B7
   (613) 237-4361

3. Association pulmonaire du Canada
   75, rue Albert, bureau 908
   Ottawa (Ontario)
   K1P 5E7
   (613) 237-1208

4. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé
   725, av. Churchill
   Ottawa (Ontario)
   K1Z 5G7
   (613) 722-3419

   (Personnes-ressources dans chacune
   des provinces)

5. London/Middlesex Lung Association
   480, rue Egerton
   London (Ontario)
   (519) 679-8160

# *Appendice C*

## Programmes de renoncement au tabac destinés aux femmes

■ ■ ■

1. Smokefree
   183, rue Munro
   Toronto (Ontario)
   M4M 2B8
   (416) 465-1323

2. Association pulmonaire du Manitoba (Brandon)
   42, av. McTavish Est
   Brandon (Manitoba)
   R7A 2B2
   (204) 725-4230

# *Appendice D*

## Groupes de promotion de la santé des femmes

■ ■ ■

### Terre-Neuve

1 Planned Parenthood
203, ch. Merrymeeting
St. John (T.-N.)
A1C 2W6
(709) 579-1009

### Île-du-Prince-Édouard

2. Women's Network
C.P. 2333
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7K4
(902) 894-8027

3. East Prince Women's Information Centre
240, rue Water
Summerside (Î.-P.-É.)
C1N 1B3
(902) 436-9856

### Nouveau-Brunswick

4. New Brunswick Advisory Council on the Status of Women
95, rue Foundry, bureau 207
Moncton (N.-B.)
E1C 5H7
(506) 853-1088

5. Support for Single Mothers
154, rue Queen
Moncton (N.-B.)
E1C 1K8
(506) 858-1303

### Nouvelle-Écosse

6. Antigonish Women's Resource Centre
256, rue Main
Antigonish (N.-É.)
B2G 2C2
(902) 863-6221

7. Truro Women's Resource Centre
64, rue Inglis
Truro (N.-É.)
B2N 4B4
(902) 893-8914

8. Women's Action Coalition
84, rue Grandview
Sidney (N.-É.)
B1P 3N6
(902) 564-7833

9. Women, Health and Medicine/(WHAM)
Women's Health Education Network (WHEN)
Box 2, Sir Charles Tupper Medical Building
Dalhousie University
Halifax (N.-É.)
E3H 4H7
(902) 426-2700

10. Picton County Women's Group
B.P. 964
New Glasgow (N.-É.)
B2H 5K7
(902) 752-8897

### Ontario

11. Northwestern Women's Health Information Network
341, rue Claret
Thunder Bay (Ontario)
P7A 2M7
(807) 345-1410

12. Ontario Public Interest and Research Group
1 Trent Lane
University of Guelph
Guelph (Ontario)
N1G 2W1
(519) 824-2091

13. Women Healthsharing
101, rue Niagara, bureau 200A
Toronto (Ontario)
M5V 1C3
(416) 862-1791

14. Women Today
C.P. 1405
Clinton (Ontario)
N0M 1L0
(519) 428-9706

**Manitoba**

15. Consulting Committee on the Status of Women with Disabilities
294, av. Portage, bureau 924
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0B9
(204) 942-3604

16. Gate Keepers Health Project
83, prom. Churchill, bureau 301
Thompson (Manitoba)
R8N 0L6
(204) 778-8713

17. North End Women's Centre
453, av. Selkirk
Winnipeg (Manitoba)
R2W 2M4
(204) 589-7347

18. Winnipeg Women's Health Clinic
419, av. Graham, 3e étage
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0L8
(204) 947-1517

19. Women's Health Interaction Manitoba
60 , rue Maryland, 2e étage
Winnipeg (Manitoba)
R3G 1K7
(204) 786-2106

**Saskatchewan**

20. Common Cause Crocus Co-op
211, 5e Avenue Nord
Saskatoon (Saskatchewan)
S7K 2P0
(306) 653-4620

21. Regina Healthsharing
C.P. 734
Regina (Saskatchewan)
S4P 3A8
(306) 352-1540

**Alberta**

22. Athabasca University
Women's Studies
Athabasca (Alberta)
(403) 675-6111

23. Boyle St. Community Services Co-op
9720, 102e Avenue
Edmonton (Alberta)
T5J 0E3
(403) 424-4106

24. Edmonton Women's Health Collective
C.P. 4134
Edmonton (Alberta)
T6E 4T2

25. Grace Hospital Women's Health Centre
1402, 8e Avenue
Calgary (Alberta)
T2N 1B9
(403) 284-1141

**Colombie-Britannique**

26. Victoria Status of Women Action Group
620, rue View, bureau 320
Victoria (C.-B.)
V8W 1J6
(604) 381-1012

27. Victoria Alcohol and Drug Programmes
9801, rue Quadra, bureau 228
Victoria (C.-B.)
V8W 2K7
(604) 387-5077

28. Vancouver Women's Health Collective
888, rue Burrard
Vancouver (C.-B.)
V6Z 1X9
(604) 682-1633

29. Chetwynd Women's Resource Society
P.O. Box 72
Chetwynd (C.-B.)
V0C 1J0
(604) 788-3793

# *Appendice E*

## Groupes de femmes et organismes de lutte contre la maladie au Québec

■ ■ ■

1. Centre des femmes de Verdun
   3993, rue Wellington
   Verdun (Qc)
   H4G 1V6
   (514) 767-0384

2. Centre de santé des femmes du quartier
   16, boul. Saint-Joseph Est
   Montréal (Qc)
   H2T 1G8
   (514) 842-8903

3. Conseil sur le tabagisme et la santé
   À l'attention de l'Association pulmonaire
   1173, boul. Charest Ouest, bureau 204
   Québec (Qc)
   G1N 2C9
   (418) 243-2020

4. Département de santé communautaire
   1000, rue Sainte-Anne, bureau 240
   Joliette (Qc)
   J6E 6J2
   (514) 759-9900

5. Fédération du Québec pour le planning des naissances
   3826, rue Saint-Hubert
   Montréal (Qc)
   H2L 4A5
   (514) 842-9501

6. Fondation des maladies du coeur
   440, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1401
   Montréal (Qc)
   H2Z 1V7
   (514) 871-1551

7. Cité de la Santé de Laval
   1755, boul. René-Laennec
   Laval (Qc)
   H7M 3L9
   (514) 668-1010

8. La société de recherche sur le cancer
   C.P. 183
   Place Bonaventure
   Montréal (Qc)
   H5A 1H8
   (514) 861-9227

9. Association québécoise des non-fumeurs
   Mascouche Heights (Qc)
   J7L 2C6
   (514) 477-9304

10. Université Laval
    Département d'anthropologie
    Édifice De Koninck, bureau 6407
    C.P. 2208
    Ste-Foy (Québec)
    G1K 7P4
    (418) 656-2131 (n° général)